



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

POSGRADO EN BIBLIOTECOLOGÍA Y ESTUDIOS DE LA INFORMACIÓN

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIBLIOTECOLÓGICAS Y DE LA INFORMACIÓN

**Modelo teórico y metodológico para caracterizar el comportamiento informativo de los médicos
psiquiatras en su práctica clínica**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

DOCTOR EN BIBLIOTECOLOGÍA Y ESTUDIOS DE LA INFORMACIÓN

PRESENTA:

GERARDO RUIZ LÓPEZ

TUTORA PRINCIPAL

Dra. María Guadalupe Vega Díaz

POSGRADO EN BIBLIOTECOLOGÍA Y ESTUDIOS DE LA INFORMACIÓN

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

Dr. Álvaro Quijano y Solís. Posgrado en Bibliotecología y Estudios de la Información.

Dra. Celia Mireles Cárdenas. Posgrado en Bibliotecología y Estudios de la Información.

Ciudad Universitaria, CD. MX. enero 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México porque forjando buenos estudiantes seremos mejores ciudadanos, asimismo, hago un reconocimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca económica otorgada para la realización de esta investigación; igualmente, un agradecimiento extensivo al Instituto de Investigaciones Bibliotecológicas y de la Información y a la Coordinación del Posgrado en Bibliotecología y Estudios de la Información por la formación, apoyo y asesoría a lo largo del posgrado.

La creación de conocimiento es un proceso que implica compartir ideas, entablar diálogos, estar dispuesto a trabajar en equipo, pero también es la aceptación de que uno no sabe, sin embargo, para llegar a esta reflexión no es fácil, lleva tiempo. En este proceso de conocimiento interviene la persona que dirige, coordina y enseña; y es aquí donde quiero ofrecer todo mi agradecimiento y respeto a la Dra. María Guadalupe Vega Díaz por su comprensión, apoyo, solidaridad y entrega, pero sobre todo por su enorme paciencia para hacerme entender la realización de la investigación que llevamos a cabo.

En la elaboración de este trabajo y como parte del comité tutorial también estuvo presente el Dr. Álvaro Quijano y Solís quien con su experiencia y dominio del tema contribuyó a resolver todas y cada una de las dudas que podrían surgir en el aspecto metodológico, estadístico y de análisis que requirió el trabajo; por todo ello, muchas gracias maestro Quijano.

La Dra. Celia Mireles Cárdenas colaboró a las observaciones que requirió el trabajo de investigación realizando comentarios puntuales para enriquecer los objetivos planteados en el estudio; le agradezco a la Dra. las visitas a la Ciudad de México para analizar y tomar acuerdos sobre la investigación y también su hospitalidad en San Luís Potosí para tal efecto.

Hago un reconocimiento al Comité ampliado integrado por la Dra. Patricia Hernández Salazar y el Dr. Juan José Calva González por sus atinados comentarios que hicieron posible mirar de otra manera la investigación y apuntalar aquellos aspectos que eran necesarios; además, agradezco a la Dra. Hernández el apoyo brindado por la estancia de investigación en la Universidad Complutense de Madrid.

Agradezco al Dr. Tomás Bautista y al Maestro Damián Canales por su ayuda desinteresada al comienzo de este trabajo.

Hago un reconocimiento a los profesionales de la salud mental que hicieron posible esta investigación a través de las entidades de salud donde laboran: IMSS, Secretaría de Salud e INPRFM.

Agradezco a todos y todas que contribuyeron a este trabajo en forma directa e indirecta, que con sus comentarios y participaciones enriquecieron su perspectiva.

Dedicatoria

A Laurence

Ha sido un viaje en el que caminamos juntos donde me ayudaste a encontrar la determinación en momentos complejos y de hesitación; un periplo que tuvo aristas laberínticas donde tu conversación y compañía alivió mi hastío.

Por tu amor, complicidad, apoyo, lealtad y todo aquello que se expresa en el día a día en mi corazón y pensamiento, ¡TE AMO!

Gerardo.

Enero 2018

El nivel cultural de un pueblo se mide por el grado de adelanto de su asistencia a los enfermos mentales.

(Emil Kraepelin)

Psychiatry is the most exciting and fulfilling medical specialty. Which other specialty allows you to bring biology, psychology, sociology, and anthropology into your daily working life?

(Dinesh Bhugra)

Los avances recientes en la psiquiatría son consecuencia del desarrollo de las neurociencias y del afianzamiento de sus ligas con el resto de la medicina. El progreso ha sido posible también por el desarrollo de técnicas, métodos e instrumentos innovadores que han enriquecido el campo de la psiquiatría clínica y que han permitido apreciar, en su justa dimensión epidemiológica y social, el impacto de los trastornos mentales.

(Juan Ramón de la Fuente y Gerhard Heinze Martin)

Tabla de contenido

Introducción	9
Capítulo 1. Comportamiento informativo en médicos psiquiatras	17
1.1 Estudios de usuarios	17
1.2 El comportamiento informativo	20
1.2.1 Antecedentes y concepto	21
1.2.2 Modelos de comportamiento informativo	24
1.2.3 Estudios del comportamiento informativo	37
1.2.4 Estudios sobre necesidades de información	39
1.2.5 Estudios de usuarios del comportamiento informativo en el área médica	40
1.3 Necesidades y fuentes de información	40
1.3.1 Comportamiento informativo en médicos	45
1.3.2 Elementos formativos de los médicos psiquiatras	48
1.3.3 Competencias de los médicos psiquiatras	48
1.3.4 Medicina Basada en la Evidencia	52
1.3.5 Práctica clínica	55
Capítulo 2. Caracterización del comportamiento informativo de los médicos psiquiatras	63
2.1 Contexto internacional de la salud mental	63
2.2 Ámbito de los profesionales de la salud en México	66
Capítulo 3. Metodología	69
3.1 Investigación del comportamiento informativo de los médicos psiquiatras	69
3.1.2 Objetivos y preguntas de investigación	70
3.1.3 Variables	73
3.1.4 Sujetos y escenarios	77
Hospital San Fernando Dr. Héctor Tovar Acosta del Instituto Mexicano del Seguro Social [Escenario 1]	78
3.1.5 Instrumentos	81
3.1.5.1 Instrumento Encuesta de Roles e Información [ERI]	81
3.1.5.2 Instrumento Entrevista a Profundidad sobre Comportamiento Informativo [EPCI]	88
Capítulo 4. Resultados por rol	95
4.1 Resultados por rol de los médicos psiquiatras de base (MPB), médicos psiquiatras de confianza (MPC) y médicos residentes (MR)	95
4.1.2 La práctica clínica y los roles laborales	95

4.1.3 Necesidades de información.....	97
4.1.4 Fuentes de información	102
4.1.5 Conciencia de la información.....	108
4.2 Resultados del método etnográfico de la comunicación (MEC).....	109
Capítulo 5. Análisis y discusión de los resultados	126
5.1 Mapa de procesos de comportamiento informativo por categoría de médico.....	127
5.1.1 Mapa de procesos de comportamiento informativo del médico residente	127
5.1.2 Mapa de procesos de comportamiento informativo del médico de confianza	129
5.1.3 Mapa de procesos de comportamiento informativo del médico de base.....	132
5.2 Análisis intragrupal	134
5.3 Análisis intergrupala	137
Conclusiones	141
Bibliografía.....	146
Anexo A.....	156
Anexo B.....	161
Anexo C.....	168
Anexo D.....	169
Anexo E.....	171

Índice de tablas

Tabla 1 PICOT (paciente o problema, intervención, intervención o comparación, desenlace, tiempo).....	61
Tabla 2 Porcentaje de médicos por categoría	86
Tabla 3 Cantidad de médicos por categoría	87
Tabla 4 Médicos encuestados por escenario	87
Tabla 5 Necesidades de información derivadas de la práctica clínica y previsión de las NI futuras.....	97
Tabla 6 Temas que recibe o que le gustaría recibir al médico psiquiatra	99
Tabla 7 Temas que investiga o le gustaría investigar al médico psiquiatra	100
Tabla 8 Recepción y acceso al expediente clínico	104
Tabla 9 Análisis y revisión del expediente clínico	105
Tabla 10 Intercambio de información	106
Tabla 11 Situaciones, eventos y actos comunicativos de la entrevista uno (médico residente, MR).....	110
Tabla 12 Situaciones, eventos y actos comunicativos de la entrevista dos (médico de confianza, MPC).....	115
Tabla 13 Situaciones, eventos y actos comunicativos de la entrevista tres (médico de base, MPB).....	119

Índice de figuras

Figura 1 Modelo para elaborar programas de formación en el uso de tecnologías de información para comunidades de instituciones de educación superior.....	32
Figura 2 Modelo sobre las necesidades de información (NEIN).....	34
Figura 3 Esquema para guiar los procesos de Alfabetización Informativa.....	36
Figura 4 Índice de la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto.....	57
Figura 5 Preguntas por responder de la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto.....	58
Figura 6 Evidencias y recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto.....	59
Figura 7 Diagnóstico de la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto.....	60
Figura 8 Aplicación del DIP en la investigación.....	72
Figura 9 The Information Seeking of Professionals model. (Leckie et al., 1996, p. 180).....	74

Figura 10 Modelo mixto para caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica.....	126
Figura 11 Mapa de procesos de los MR.....	128
Figura 12 Mapa de procesos de los MPC.....	130
Figura 13 Mapa de procesos de los MPB.....	132

Índice de gráficas

Gráfica 1 Perfil médico.....	95
Gráfica 2 Medicina Basada en la Evidencia.....	96
Gráfica 3 Fuentes de información.....	102
Gráfico 4 Fuentes de información relacionadas con la residencia.....	103
Gráfica 5 Bases de datos.....	107
Gráfica 6 Tipos de artículos.....	107
Gráfica 7 Medios de preferencia.....	108
Gráfica 8 Número de eventos comunicativos de la entrevista uno.....	113
Gráfica 9 Número de eventos comunicativos de la entrevista dos.....	117
Gráfica 10 Número de eventos comunicativos de la entrevista tres.....	121

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, “la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013).

Esta definición implica que una persona sea consciente de que puede ejercer sus facultades físicas y mentales en las diversas actividades cotidianas que pudiera realizar en el ámbito familiar, social y laboral, y no sólo eso, sino que también tenga la actitud que le permita aportar con sus acciones al bienestar de la sociedad toda.

En otro documento, la OMS (2008) destaca que la salud mental tiene una relación directa con el contexto del individuo, en donde la pobreza y los estresores psicosociales asociados (por ejemplo, la violencia, el desempleo, la exclusión social y la inseguridad, la poca educación y la desigualdad) poseen un vínculo con los trastornos mentales.

Cabe mencionar que esta perspectiva de la salud pública de poner en segundo plano la atención a los trastornos mentales no es exclusiva de países en desarrollo, ya que el binomio pobreza y salud mental se presenta igualmente en el primer mundo (*The Lancet*, 2011, p. 1440).

Es importante señalar que en México las políticas de atención a la salud mental constituyen un tema pendiente, ya que la inversión, la cual se podría traducir en beneficio para el sector de la población que padece trastornos mentales, es escasa (Berenzon Gorn, Saavedra, Medina-Mora Icaza, Aparicio, Galván, 2013, pp. 252-253).

Esta situación también conlleva a que una cantidad considerable de pacientes que padecen trastornos mentales no sean diagnosticados oportunamente, ya que el plazo para obtener la consulta de un especialista puede ser largo; otro factor que contribuye a esta situación es que el médico general en ocasiones no posee las habilidades o conocimientos para dar un diagnóstico o remitir al paciente con el especialista adecuado (Vargas y Villamil, 2016, p. 4).

En cuanto a la distribución de los médicos psiquiatras en México, es necesario señalar que el 42.09% del total de especialistas ejerce en la Ciudad de México, en el Estado de Jalisco se ubica el 11.22% y en el de Nuevo León radica el 7.03% del total de los especialistas. En suma, estos tres estados concentran al 60.34% del total de psiquiatras en México (Heinze, G., del Carmen Chapa, G., y Carmona-Huerta, J., 2016, p. 71).

Aunado a esta situación de desigualdad en el acceso a los servicios públicos para la atención de la salud mental a nivel nacional, y desde una perspectiva personal, el interés en este tema germinó a partir de una infancia solitaria y aislada, resultado de un ambiente familiar indiferente y con un desconocimiento sobre qué sentían o pensaban los miembros, lo que hacía más difícil para los padres ocuparse de todos los integrantes del núcleo familiar.

Ese sentimiento de soledad se acentuó con el surgimiento del vitíligo¹, situación a partir de la cual tuve que conocer, desde muy temprana edad, hospitales, clínicas e institutos especializados en el cuidado de la piel, y originarse un peregrinar por diferentes instancias de salud públicas y privadas, debido a que ese malestar no era común en aquellos años.

Otra consecuencia de esta situación fue mi necesidad de consultar a profesionales de la conducta (psicólogos) desde la infancia hasta mi vida adulta. Durante este tiempo, el apoyo y la necesidad de ayuda profesional de psicólogos fueron en aumento, por lo que tuve que acudir a reuniones periódicas. Cabe señalar que en la edad adulta fui diagnosticado con depresión crónica, por lo que fue necesario consultar a un psiquiatra, sin dejar a un lado las terapias psicológicas. Fue en ese momento cuando, a través del tratamiento estipulado, se recomendó la ingesta de medicamentos antidepresivos que, aunada a una terapia integral (terapia psicológica y psiquiátrica), lograron estabilizar el estado de ánimo contribuyendo a una mejoría significativa del mismo.

¹ “El vitíligo es una enfermedad de la piel que causa manchas blancas en distintas partes del cuerpo. Esta enfermedad ocurre cuando se destruyen los melanocitos, que son las células que producen el color o el pigmento de la piel”. Página oficial del *National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases* (NIH), 2014, recuperado el 18 de octubre de 2016.
http://www.niams.nih.gov/portal_en_espanol/informacion_de_salud/vitiligo/

Después de esta breve semblanza con los profesionales de la salud conductual y mental (psiquiatras) a lo largo de una vida, es posible decir que el área médica no me resulta desconocida y sí un campo de conocimiento capaz de solucionar problemas y de apoyar a las personas cuando presentan trastornos que les impiden vivir plenamente y en armonía con su entorno familiar, social y laboral.

También me ha permitido observar empíricamente que los servicios de salud mental difieren de una institución a otra y de un médico a otro; lo anterior sin dejar de reconocer que la consulta con un especialista de la conducta en forma permanente me ha permitido disipar dudas y analizar los eventos con calma y detenimiento, al tiempo de aprender más sobre el tema específico y de establecer una mayor confianza y empatía con estos profesionales.

El reconocimiento de las diferencias entre instituciones me ha llevado a considerar la necesidad de contar con servicios de salud mental que permitan el diagnóstico pertinente y la atención eficaz. En lo particular, me interesó saber cómo los médicos se informaban para tomar decisiones y qué necesidades de información (NI) tenían los pacientes. Por ello consideré necesario explorar el comportamiento informativo en la práctica clínica de los médicos psiquiatras. Cabe señalar que sobre las NI de los pacientes realicé un estudio que culminó en una tesis de maestría en Bibliotecología, área que me ha permitido conocer los métodos para estudiar los fenómenos relacionados con el uso de la información desde una perspectiva más humanista.

De acuerdo con ello, el objetivo general de esta investigación es el de diseñar un modelo teórico y metodológico para caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica con respecto a sus necesidades de información y a la búsqueda de información para atender a sus pacientes.

Los objetivos específicos son identificar las necesidades de información que generan el comportamiento informativo relacionado con su práctica clínica, identificar los factores preponderantes que influyen para que los médicos psiquiatras busquen la información para llevar a cabo su práctica clínica e identificar las habilidades que tienen los médicos psiquiatras para buscar la información.

Para alcanzar estos objetivos, la investigación se basó en una metodología de tipo mixto en donde se combinaron las técnicas de encuesta y la de entrevista a través de los principios de la pirámide invertida con un diseño de investigación dividido en tres fases.

- Fase I. El objetivo de esta fase es identificar si el rol y las tareas asignadas a los médicos psiquiatras influyen en las fuentes seleccionadas y en el tipo de necesidades de información que surgen de su actividad clínica, de investigación o docente. Para alcanzar el objetivo, se aplicará la Encuesta de Roles e Información (ERI).
- Fase II. Para analizar el comportamiento informativo, en esta fase se efectuará una Entrevista a Profundidad del Comportamiento Informativo (EPCI) con el objetivo de obtener evidencias de manera focalizada sobre las habilidades, criterios de valoración y procesos relacionados con la búsqueda de información bibliográfica. De manera destacada, se considera el concepto de *conciencia de la información*, entendida como la noción personal de las fuentes de información (personales y documentales), así como de su importancia para el médico psiquiatra.
- Fase III. Esta fase será muy importante para ratificar la consistencia de los resultados obtenidos en cada una de las dos fases anteriores corroborando los resultados del ERI con lo obtenido por el EPCI (triangulando) y contextualizando los datos obtenidos.

La investigación se desarrolló en la Ciudad de México entre los años 2014 y 2016 en una población de profesionales de la salud mental del ámbito público mexicano con características específicas.

Para conformar el marco teórico, se revisaron los conceptos y modelos sobre el comportamiento informativo con especial atención en aquellos referidos al CI en actividades profesionales en comunidades médicas. De entre los modelos revisados, destacó el de Leckie, Pettigrew y Sylvain (1996), mismo que se analiza con detalle en el primer capítulo. Algunas premisas que se desprenden de la revisión del modelo mencionado son:

- Los médicos psiquiatras tienen actividades asociadas con los roles que desempeñan, como evaluaciones y valoraciones clínicas, así como la elaboración y análisis del expediente clínico; además, ofrecen consejos, asesoría y orientación a colegas, dan terapia al paciente y realizan reportes clínicos y administrativos.
- Los médicos pasan la mayor parte del tiempo en el rol de proveedor de servicios sanitarios y sus tareas asociadas con el cuidado del paciente, por ello deben planificar la satisfacción de sus necesidades de información.
- Las actividades de investigación podrían desempeñar una función importante en los roles y en las tareas específicas de los médicos; por ello, es necesario indagar si los médicos que forman parte de la población de estudio realizan investigación en la institución donde laboran o como parte de su formación profesional.
- Al existir una relación maestro-alumno entre los médicos de base y los residentes, se entiende que los primeros llevarán a cabo actividades de supervisión y de formación de los médicos residentes, incluidas las de planificación y del desarrollo del currículo. Por su parte, los médicos residentes deberán asistir a las sesiones clínicas para analizar casos clínicos y sesiones bibliográficas para analizar y valorar artículos científicos relacionados con la práctica clínica.

Otros elementos que se consideraron en la investigación de los médicos psiquiatras fueron las necesidades de información, las fuentes de información y, de manera importante, lo que Leckie *et al.*, (1996) denominan como conciencia de la información. Asimismo, para caracterizar el perfil del médico psiquiatra, se incluyó una revisión de la Medicina Basada en la Evidencia, la cual es parte de la formación que recibe el médico general y que es esencial en su práctica clínica.

El universo de la población a estudiar se integró por 92 médicos psiquiatras con tres categorías: médicos de base (MPB), médicos de confianza (MPC) y médicos residentes (MR). Los médicos de base son quienes ocupan de forma definitiva un puesto tabulado y

realizan práctica clínica; los médicos de confianza son todos aquellos que realizan funciones de dirección, inspección, vigilancia, fiscalización de carácter general y también pueden efectuar práctica clínica; en el caso de los médicos residentes, son médicos generales que se encuentran haciendo una residencia en el hospital donde laboran y estudian de acuerdo con su especialidad para, posteriormente, obtener el grado correspondiente de acuerdo con los convenios establecidos con diversas entidades académicas públicas y privadas, y de conformidad con las normas de su contrato colectivo de trabajo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social ² y el estatuto general del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.³

En la Fase I, los 92 médicos fueron encuestados en su totalidad aplicando el instrumento ERI; en la Fase II (EPCI), se seleccionaron tres médicos y se les aplicó una entrevista a profundidad; en la Fase III, se corroboró los resultados del ERI con lo obtenido por el EPCI (triangulación).

Los escenarios en los que se llevó a cabo el estudio fueron tres entidades de salud mental pública en la Ciudad de México:

- Hospital Dr. Héctor Tovar Acosta (Instituto Mexicano del Seguro Social),
- Hospital Dr. Samuel Ramírez Moreno (Secretaría de Salud) y el
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Secretaría de Salud).

Los resultados alcanzados en el estudio facilitaron el análisis del comportamiento informativo de los médicos psiquiatras; así pues, los MPB, MPC y MR tratan en la práctica clínica depresión y trastornos de ansiedad, dos trastornos que prevén se tratarán en el futuro; sobre estos padecimientos, indicaron que reciben y les gustaría seguir recibiendo información. Los temas que investigan los MPB son sobre el trastorno bipolar, esquizofrenia y autismo; los MPC se inclinan por la depresión y trastornos de ansiedad;

² Contrato Colectivo de Trabajo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social 2015-2017, pp. 13, 21-22, 120-121, 401-407. Recuperado el 21 de octubre de 2016.

<http://www.sntss.org.mx/images/site/files/contrato.pdf>

³ Estatuto General del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud 2013-2020, p. 16. Recuperado el 21 de octubre de 2016.

https://www.dropbox.com/s/cnja2v08r8hrsrsj/ESTATUTO_GENERAL.pdf?dl=0

para los MR son más importantes la demencia, la psicosis y los trastornos afectivos.

La necesidad de información que plantea la práctica clínica de los psiquiatras está ligada a la búsqueda de información en distintas fuentes. Las fuentes de información que consultan los médicos tienen una relación intrínseca con la práctica clínica; por ejemplo, las dudas que se presentan ante un paciente o la formación académica del especialista, lo que supone la lectura de artículos de revistas y libros; el médico recurre constantemente al uso de Internet al buscar información sobre algún expediente clínico en particular, ante cierto vacío informativo referente al uso de algún medicamento o para realizar un artículo de investigación. La asistencia a conferencias favorece el establecimiento de comunicación con colegas para luego intercambiar datos, líneas de investigación o expedientes clínicos; las sesiones clínicas tienen especial importancia para los médicos residentes, ya que constituyen una fuente de información abundante en datos sobre los pacientes; las sesiones bibliográficas ofrecen al médico en formación una perspectiva actualizada sobre trastornos, medicamentos y temas de actualidad; otras fuentes de información citadas por los especialistas fueron los motores de búsqueda con Google Scholar en primer sitio, para luego empezar una búsqueda exhaustiva en alguna base de datos como PubMed, Medline o EbscoHealth, y actualizar información clínica o sobre alguna línea de investigación.

A partir de los resultados empíricos, igualmente, se determinó que el MR y el MPC mencionan en sus mapas de procesos de comportamiento informativo cuatro eventos comunicativos: identificar temática, buscar información, evaluar información y conciencia de la información; el MPB sólo señaló buscar información y evaluar información.

Se estima que estos hallazgos proveen evidencias sobre el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica.

La tesis quedó integrada por cinco capítulos. El primero corresponde a una visión general sobre el usuario de la información en relación con sus antecedentes, definiciones y características, con hincapié en los relacionados con el comportamiento informativo, y se revisan de manera sucinta los modelos de comportamiento informativo. El segundo capítulo presenta el contexto internacional de la salud mental y los psiquiatras en México. En el capítulo tercero se menciona la metodología empleada, los objetivos y las preguntas de

investigación, el método utilizado, las fases en que consiste el estudio, el modelo que se tomó en cuenta y las variables correspondientes; también se indican los instrumentos usados corroborando los resultados del ERI con lo obtenido por el EPCI (triangulando) y contextualizando los datos obtenidos.

En el capítulo cuarto se presentan los resultados de las encuestas realizadas a los médicos psiquiatras conforme al rol que desempeñan en la institución donde laboran. En el capítulo quinto se exhibe el análisis basado en procesos de triangulación de los datos en tres niveles; finalmente, se muestran las conclusiones de la investigación, la bibliografía y anexos.

Capítulo 1. Comportamiento informativo en médicos psiquiatras

En este primer capítulo, se presenta una visión general sobre el usuario de la información en relación con sus antecedentes, definiciones y características; se analizan el objetivo, tipos y métodos de los estudios de usuarios, con hincapié en los relacionados con el comportamiento informativo, las necesidades de información, las fuentes de información y el uso de tecnologías en la práctica clínica de médicos; se revisan de manera sucinta los modelos de comportamiento informativo y sus implicaciones en la investigación por parte de los médicos psiquiatras.

1.1 Estudios de usuarios

La Bibliotecología y las Ciencias de la Información han estudiado al usuario de la información desde poco antes de mediados del siglo XX; cuando se manifestó un gran interés por saber qué tipo de usuarios frecuentaban las bibliotecas, el tipo de materiales que se consultaban y por cuánto tiempo (Wilson, 2008, p. 257). La evolución de este tipo de estudios se presentó a finales de la década de 1970, cuando los estudios de usuarios tomaron en cuenta los aspectos cognitivos relacionados con la toma de decisiones, la interacción y la argumentación (Wilson, 2008; Hernández, 1997; Dervin y Nilan, 1986).

En la actualidad, los estudios de usuarios conforman un área multidisciplinaria del conocimiento en la que se realizan investigaciones para analizar cualitativa y cuantitativamente sus hábitos de información, para detectar las necesidades de información, identificar el comportamiento del usuario durante la búsqueda de información, para evaluar la satisfacción del usuario y para determinar la actitud del usuario hacia la unidad o especialista de la información (Sanz-Casado, 1994; Hernández, 1997/2008; González-Teruel, 2005).

En el ámbito hispanoparlante, podemos identificar tres definiciones de estudios de usuarios en las cuales se expresan diferentes puntos de vista, los cuales no se sustituyen, sino que se complementan entre sí.

- Sanz-Casado (1994) afirma que “los estudios de usuarios tratan de analizar cualitativa y cuantitativamente los hábitos de información de los usuarios, mediante la aplicación de distintos métodos, entre ellos los matemáticos, para identificar su consumo de información” (p. 31).
- Hernández (1997) menciona que “los estudios de usuarios son un área multidisciplinaria del conocimiento que, a partir de diferentes métodos de investigación, analiza fenómenos sociales referidos a aspectos y características de la relación información-usuario” (p. 7).
- González-Teruel (2005) indica que “el estudio de los usuarios de la información constituye un conjunto de investigaciones cuyos resultados permiten planificar y mejorar los sistemas de información” (p. 23).

Al respecto de estas definiciones, se observa que para Sanz-Casado prevalecen como aspecto esencial los hábitos de los sujetos en relación con el consumo de información; sin embargo, para Hernández la definición amerita una visión más amplia y profunda al mencionar que tienen una relación con los fenómenos sociales; González-Teruel no alcanza a proporcionar un concepto sobre el tema y sólo indica el resultado que se podría obtener al realizar un estudio de usuario. Desde nuestra perspectiva, el concepto de Hernández resulta ser el más integral, ya que permite incluir todos los fenómenos referidos a la relación información-usuario, incluidos los hábitos de consumo de información, así como los propósitos de dichos estudios; es decir, engloba los conceptos de Sanz Casado y de González-Teruel.

Hernández (2008) establece cuatro objetivos específicos para los estudios de usuarios, que son: detectar las necesidades de información, identificar el comportamiento del usuario durante la búsqueda de información, evaluar la satisfacción del usuario y determinar la actitud del usuario hacia la unidad o especialista de la información (pp. 2,4-5). Aspectos que, desde nuestro punto de vista, reflejan una comprensión total del fenómeno de comportamiento informativo.

En relación con los métodos para compilar información sobre los usuarios, Martín-Moreno (2007) los integra en:

Métodos directos: Son aquellos que permiten analizar las características de los usuarios a través de la información que ellos mismos aportan al responder a distintas preguntas planteadas. Este procedimiento es empleado cuando el objetivo es tener información extensa y de primera mano.

Métodos indirectos: Son los que permiten deducir las características de los usuarios, y obtener la información sobre sus hábitos, necesidades o uso de la información, a través de sus trabajos, o de la información que demandan a un centro de información. En este procedimiento no es el usuario propiamente quien suministra la información, pero sí los documentos de diversa índole que el usuario solicita a un centro de información determinado (p. 135).

Martín-Moreno (2007) señala que las técnicas más utilizadas en los métodos directos son: encuesta autoadministrada, entrevista e incidente crítico. Las técnicas más empleadas en los métodos indirectos son análisis de referencias y análisis de petición de documentos. Se considera que, para un estudio de corte cualitativo, dos de las técnicas que podrían ser más útiles podrían ser la entrevista e incidente crítico.

La encuesta autoadministrada es una técnica de recogida de datos, que requiere de una herramienta o instrumento de medición que se conoce como cuestionario. Este consiste en un conjunto de preguntas tipificadas, respecto a una o más variables a medir, dirigidas a una muestra representativa de la población para averiguar estados de opinión o hechos.

La entrevista consiste en una conversación entre dos personas. Se puede considerar una variante de la encuesta, pues consiste en una conversación en la que el entrevistador formula preguntas, normalmente preparadas previamente y a ser posible encuadradas en un cuestionario, con el fin de obtener información del interrogado.

El incidente crítico se puede considerar una variante de la entrevista personal. Para llevarla a cabo, al entrevistado se le pide que describa la última ocasión en que necesitó información de un tipo determinado o que dé detalles de la última vez que utilizó la

biblioteca en un servicio específico, o de si la última vez que utilizó las bases de datos tuvo algún problema para realizar la búsqueda.⁴

Las técnicas más empleadas en los métodos indirectos son:

Análisis de referencias: Consiste en recoger la información a partir de la bibliografía referenciada por los investigadores en sus trabajos científicos. El objetivo de su empleo es conocer el uso y las necesidades de información de distintos colectivos científicos. Es importante tener en cuenta que esta clase de técnicas sólo se aplican a una determinada comunidad científica, ya que el material que se obtenga proviene de los trabajos realizados por ese grupo de investigadores.

Análisis de petición de documentos: La aplicación de esta técnica es muy importante para los centros de información, ya que permite caracterizar a cualquier tipo de usuario, y algunos de los servicios del centro de información pueden estar interesados en conocer la información que proporciona un estudio de usuarios así realizado (pp. 136, 138-139, 143, 145).

La aplicación de estos métodos da como resultado un conjunto de datos, que no necesariamente son contrastados en las investigaciones, lo que no permite observar el fenómeno en su totalidad, si no solo de manera fragmentada.

1.2. El comportamiento informativo

En este apartado se abordan el concepto y los modelos de comportamiento informativo, con especial hincapié en el modelo de Leckie, Pettigrew y Sylvain (1996), debido a que se avoca al estudio de las necesidades de información en la práctica profesional.

⁴ Una vez recabada esta información, podría servir, por ejemplo, para ofrecer un mejor servicio en el área de consulta, de referencia o para mejorar las colecciones; es importante realizar esta técnica periódicamente en la biblioteca para conocer la experiencia que tienen los usuarios con el personal bibliotecario y con los servicios que brinda.

1.2.1. Antecedentes y concepto

Wilson (1999) señala que el tema del comportamiento informativo fue tratado desde finales de la década de 1940 en la Conference on Information Science of the Royal Society (CISRS), cuando fueron presentados diversos trabajos sobre el comportamiento informativo de científicos y tecnólogos. Lo anterior sucedió diez años antes del establecimiento del Institute of Scientific Information (ISI) en Gran Bretaña, que fue la primera institución dedicada a ese campo (p. 250).

Desde la presentación de la CISRS, se han elaborado una cantidad considerable de documentos que tratan sobre necesidades de información y comportamiento en la búsqueda de información del usuario; sin embargo, de acuerdo con Wilson (1999), a lo largo de ese período la queja constante de los investigadores es que esos estudios no se han basado en investigaciones previas que hayan conformado una teoría y hallazgos empíricos que puedan servir como punto de partida para efectuar una investigación más profunda. Para Wilson (1999), esto se debe, básicamente, a tres aspectos:

- a) La inclusión de la tradición positivista a través de métodos que fueron adoptados para el estudio del comportamiento humano ofreciendo resultados inadecuados. Wilson señala al positivismo para referirse básicamente a que se tomaron en cuenta temas “contables” que no necesariamente contribuirían a la construcción de una teoría; tal es el caso de: el número de visitantes a una biblioteca, el número de suscripciones personales a una publicación o el número de temas citados en artículos.
- b) La ignorancia o indiferencia de los investigadores de la información acerca de modelos o teorías del comportamiento humano de otras áreas de la ciencia que pudieron contribuir en forma muy concreta con el enriquecimiento del cuerpo teórico del comportamiento informativo.
- c) La falta de interés en los últimos diez a quince años sobre el conocimiento de los modelos generales del comportamiento informativo (p. 250).

Respecto a la visión positivista en el área de la Bibliotecología, aquélla hace al profesional de la información meramente un depositario de conocimiento sin interés hacia el usuario de la información, como persona, con necesidades de información específicas.

Al respecto, Radford (1992) señala que la visión positivista de la investigación intenta desarrollar reglas generales *a priori* con las que pretende construir sistemas que permitan un acceso mecánico al conocimiento, por lo que la relación que se establece entre el profesional de la información y el usuario es más bien fría y distante; debido a ello, la biblioteca vista a través de esta conceptualización es simplemente un sistema que se ocupa de catálogos, índices y otras tecnologías de recuperación de información, donde lo más importante es la entrega y recepción de forma expedita de la información solicitada, sin tener en cuenta la dimensión humana (p.413).

En una visión más contemporánea, Wilson (1999) considera que “el comportamiento informativo comprende todas las actividades derivadas de las necesidades de información de una persona, la búsqueda que origina esta necesidad por cualquier medio, y el uso y transferencia de esa información” (p. 249). Wilson (2000) propone los siguientes términos para diferenciar las vertientes sobre el tema:

- Comportamiento informativo (*Information behavior*) es el nivel macro del comportamiento y comprende la suma del comportamiento humano en relación con las fuentes y canales de información, incluyendo la búsqueda y uso de la información activa y pasiva. De esta manera, se incluye la comunicación cara a cara con otros, así como la recepción pasiva de información, como podría ser el observar la publicidad en la televisión donde no existe intención alguna de interactuar con la información proporcionada.
- Comportamiento en la búsqueda de información (*Information seeking behavior*) es el proceso de búsqueda de información como consecuencia de la necesidad de satisfacer algún objetivo. En el transcurso de la búsqueda, el individuo puede interactuar con un sistema de información (como un periódico o biblioteca), o con un sistema de información computarizado (como la *World Wide Web*).
- Comportamiento de cómo se busca información (*Information searching behavior*) es el "nivel micro" de la búsqueda de información, y se refiere por ejemplo a las estrategias de búsqueda, el uso de dispositivos como el ratón, es decir se refiere al comportamiento informativo empleado por el investigador en la interacción con

sistemas de información de todo tipo. Ello consiste en todas las interacciones con el sistema, ya sea a nivel de la interacción humana con la computadora (por ejemplo, el uso del ratón para hacer clic en alguna liga) o en un nivel intelectual (por ejemplo, al realizar una estrategia de búsqueda booleana o en la determinación de criterios para determinar dónde colocar dos libros seleccionados en lugares adyacentes en una biblioteca para observar la utilidad de la estantería), así como juzgar la pertinencia de los datos o de la información recuperada.

- Comportamiento en el uso de la información (*Information use behavior*) consiste en actos mentales y físicos implicados en la incorporación de la información en la base del conocimiento existente de una persona. Puede involucrar, por lo tanto, actos físicos tales como marcar secciones en un texto para anotar su importancia o significado, así como actos mentales que implican, por ejemplo, la comparación de la nueva información con el conocimiento ya adquirido (pp. 49-50).

Estos términos, de acuerdo con el autor, representan acciones que se encuentran entrelazadas; de tal forma que el comportamiento informativo incluye los procesos generales relacionados con la satisfacción de una necesidad de información; entre los que se encuentra la búsqueda de información; y dentro de ésta, se encuentra el proceso sobre cómo se busca y usa la información. Es decir que los procesos están ‘anidados’, debido a lo cual “el comportamiento informativo podría ser definido como un campo general de investigación” y los demás podrían ser vistos como subcampos del mismo (Wilson, 1999, pp. 262-263).

Cabe señalar que Wilson (1984) menciona que “el comportamiento informativo comprende aspectos cognitivos en todo lo que concierne a la generación, transferencia y uso de la información, y que establece un enlace entre los significados de la información en diferentes contextos” (p. 197). Lo cual como se ha visto antes, marca un tipo de estudio de usuarios diferente.

Fisher y Julien (2009) señalan que “el comportamiento informativo se centra en las actividades para cubrir las necesidades de información de las personas; sobre cómo buscar, gestionar, dar y utilizar la información en los diversos roles que desempeñan en su vida diaria” (p. 1).

Dinet (2014) destaca que “el comportamiento informativo comprende la totalidad de

la conducta humana con relación a todas las fuentes y canales de información (televisión, teléfono, documentos en papel, Internet, la comunicación cara a cara, etcétera.)” (p. 4).

Es importante señalar que existe un vínculo entre las necesidades de información (NI) de una persona y su comportamiento informativo (Wilson, 1999), en donde las NI tienen una relación directa con la experiencia diaria de las personas y, para satisfacerlas, deberán buscar y hacer uso de esa información a través de diferentes medios, fuentes y canales (Fisher y Julien, 2009; Dinet, 2014). Por lo tanto, el comportamiento informativo es la conducta que manifiesta el usuario de la información para cubrir las necesidades de información en su vida cotidiana por diferentes medios (fuentes y canales). Es un concepto que aglutina una serie de procedimientos que están entrelazados entre sí y que puede tener según las NI del usuario una dinámica constante; por ejemplo, cuando un deseo de información comienza, se puede ver cumplido, pero esto puede generar otra búsqueda de información, esto es, el usuario pone en marcha alguna búsqueda de información utilizando una computadora o una publicación, empleando una estrategia de búsqueda a través de un motor de búsqueda, haciendo uso del teclado y el ratón, todo ello implica que está teniendo un comportamiento informativo (CI), pero no sólo eso, el CI se ve reflejado en todas las actividades de las personas que tienen una relación con la comunicación y la información, en todas sus facetas: envío, transferencia, intercambio, diálogo, observación, análisis y retroalimentación.

1.2.2 Modelos de comportamiento informativo

Las investigaciones del comportamiento informativo han derivado en propuestas de diferentes modelos que representan la conducta humana relacionada con la búsqueda, evaluación y uso de la información. En la actualidad, existen varios modelos sobre el comportamiento informativo, y cada vez se suman más. Al respecto, Wilson en 1999 presentó un resumen de modelos de comportamiento informativo que esquematizan los procesos de búsqueda de información y otros aspectos del comportamiento informativo, que muestran la relación entre la comunicación y el comportamiento informativo en general, la búsqueda de información y la búsqueda en los sistemas de recuperación de

información (p. 249).

En 2005, Fisher, Erdelez y Mckechnie editaron el libro *Theories of Information Behavior*, donde describen 72 modelos del CI con diferentes bases teóricas y matices. En la introducción a este libro, Bates señala que “los modelos son de gran valor para el desarrollo de una teoría. Son un tipo de proto-teorías, una propuesta tentativa de relaciones, con las cuales podemos probar su validez” (p. 3). Además, señala que los modelos son de gran utilidad para guiar la investigación, ya que identifican las variables que han sido estudiadas, los métodos para identificarlas y las relaciones que hay entre cada una de las variables.

En la obra *Looking for information: a survey of research on information seeking, needs, and behavior*, Case (2012) señala que el libro explora el uso y búsqueda de información humana, donde se muestran ejemplos de métodos, modelos y teorías empleados en el comportamiento informativo durante la búsqueda de información, y revisa más de cuatro décadas de investigación sobre el tema (p. XV). En relación con los modelos, Case indica que preceden el desarrollo formal de una teoría; asimismo, los modelos son normalmente representados en diagramas y describen lo que debe ser valorado para formar la materia objeto de una investigación (p. 134).

Uno de los modelos que han sido más citados y usados en los estudios de CI es el de Wilson denominado *Model of information seeking behaviour*, publicado en 1981, aunque es conveniente mencionar que las investigaciones que le dieron origen iniciaron en la década de 1970. Este modelo ha sido utilizado en muchas investigaciones y plantea que las necesidades de información de un sujeto parten de los aspectos psicológicos, cognitivos y afectivos, y que éstas tienen una clara relación con su contexto político, social y económico (pp. 250, 252).

En 1996, Wilson presentó una versión ampliada del modelo desarrollado en 1981. En esta nueva versión, Wilson enriquece el modelo con conocimientos de otras áreas fuera de la Ciencia de la Información, con estudios sobre toma de decisiones, psicología, innovación, comunicación para la salud y la investigación de los consumidores. En la versión de 1996, Wilson conserva al sujeto con sus necesidades de información, las barreras que éste enfrenta para cubrir esas necesidades y la búsqueda de información que

origina este proceso (Wilson, 1999, p. 256).

Un modelo muy usado para la investigación e implementación del aprendizaje de la alfabetización informativa es el de Kuhlthau (1991), conocido como ISP (siglas de *Information Seeking Process*). Este modelo describe los pasos sucesivos que se presentan en las búsquedas de información, cuando los sujetos están realizando un proyecto o elaborando un documento. Los pasos que identifican son iniciación, selección, exploración, formulación, recopilación y presentación (p. 366). El modelo incluye, como una aportación al área, el reconocimiento de que, en los procesos de búsqueda de información, el sujeto involucra pensamientos y sentimientos, los cuales van cambiando conforme avanza en esa búsqueda. Al respecto, Kuhlthau señala que no se sabe si los sujetos pueden advertir los pasos, sentimientos y pensamientos que ella ha identificado; y que existe la posibilidad de que una búsqueda origine otra, por lo que los procesos se pueden repetir, aunque no necesariamente en el mismo orden.

Dinet (2014) considera que muchos conceptos del modelo de Kuhlthau permanecen relativamente confusos y que no hay ninguna validación experimental propuesta; esto ocurre principalmente en relación con los pensamientos y sentimientos (incertidumbre y duda), los cuales no están claramente definidos ni diferenciados; también considera que el modelo no tiene ninguna perspectiva real en términos de proyectos en medios digitales (pp. 25-26). Todo ello nos lleva a considerar la importancia de que los modelos no sólo tengan consistencia interna, sino que en su construcción deben quedar claramente establecidos las metodologías, métodos e instrumentos para su validación y réplica; es decir, debe quedar claro cómo se construyeron las variables para que otros investigadores puedan replicar la investigación con fines de comprobación teórica o de aplicación práctica.

En relación a los modelos relacionados con las prácticas profesionales y académicas la obra editada por Fisher, Ederlez y McKechnie (2009), identifica los siguientes modelos; el de Talja (2009, p.123), que fue diseñado tomando como base las prácticas para informarse de historiadores y otros científicos de las áreas de ciencias sociales y de las humanidades; el modelo de Sonnenwald (2009, p.191), referido a

periodistas y que se basa en el marco de referencia conocido como *horizonte de información*; el de Jacoby (2009, p. 259), basado en una adaptación de la *optimal foraging theory*, que se refiere al comportamiento ecológico de la población para cubrir sus necesidades de alimentación y que fue aplicado por Jacoby (2009) en estudios de comportamiento en la búsqueda de información por parte de psicólogos y otras comunidades académicas.

Otro modelo que aborda el comportamiento informativo de comunidades académicas o profesionales es el de Ellis (1989 y 1993), conocido en inglés como *Model of information seeking strategies*. Éste es un modelo conductual que esquematiza los patrones de búsqueda de información por parte de los científicos sociales para recuperar información relevante (Ellis, 1989, p. 171). El modelo retoma ocho procesos, que son:

- Partir: Identificar un documento clave para iniciar la búsqueda.
- Encadenar: Buscar las referencias de artículos consultados en documentos, libros o revistas.
- Navegar: Identificar fuentes relevantes de revistas.
- Extraer: Identificación selectiva de material de información relevante de una fuente de información.
- Monitorear: Mantener actualizada la información seleccionada.
- Diferenciar: Filtrar la cantidad de información seleccionada de las fuentes de información conocidas.
- Verificar: Confirmar la precisión de la información a través de las actividades asociadas.
- Finalizar: Reunir cabos sueltos de la búsqueda de información.

El modelo de Ellis ha sido de utilidad para el diseño de sistemas de recuperación de información.

Un modelo que fue analizado con mayor detalle es el de Leckie, Pettigrew y Sylvain (1996-2009), ya que analiza los elementos relacionados con la búsqueda de información por parte de diferentes profesionales diferenciando sus necesidades por rol y actividades dentro de un

contexto específico, incluidos los profesionales de la salud. Este modelo es conocido en inglés como *The Information Seeking of Professionals Model*, y fue diseñado a partir de un metaanálisis de la literatura acerca del comportamiento informativo, hábitos y prácticas de información en tres grupos de profesionistas: ingenieros, profesionales de la salud y abogados (p. 161). El modelo parte de los siguientes cuestionamientos:

- ¿Qué semejanza o diferencia hay entre la búsqueda de información que realizan los científicos y académicos?⁵
- ¿Cuándo y por qué propósito los profesionistas buscan información?
- ¿Qué necesidades y búsquedas de información influyen en la efectividad de los profesionistas (ingenieros, profesionales de la salud y abogados) en la procuración del servicio?
- ¿Qué barreras perciben los profesionistas en las búsquedas de información que realizan? (p. 162).

El modelo de Leckie *et al.* (1996) retoma las necesidades de información, los procesos y barreras en la búsqueda de información y los compara entre dos poblaciones claramente diferenciables: los científicos y los académicos.⁶ El modelo sugiere que, en el caso de los profesionales, los roles laborales desempeñan una función muy importante en el comportamiento informativo de los sujetos, ya que definen sus necesidades de información a partir de la comprensión de las actividades relacionadas con el trabajo (pp.158-163). De manera importante, Leckie en otro estudio publicado en el 2009 considera que “las prácticas de búsqueda de información son similares en diversas profesiones” (p. 161).

⁵ El Diccionario electrónico inglés-español Linguee traduce *scientists* como científicos y *scholars* como académicos. Recuperado el 15 de noviembre del 2017 en: <https://www.linguee.es/ingles-espanol/traduccion/scientist.html> y <https://www.linguee.es/ingles-espanol/traduccion/scholar.html>

⁶ Las autoras mencionan cómo los investigadores del área de (LIS, por sus siglas en inglés, *Library Information Science*), comenzaron a estudiar (décadas atrás) el comportamiento en la búsqueda de información de los científicos, cuando ésta era un área cerrada y agreste para la búsqueda y la cooperación de información, y como al paso del tiempo se convierten en una comunidad interconectada donde las redes de información entre pares comparten información formal e informal, en las cuales no hay diferencia entre una y otra. Esta experiencia surgida con los científicos da la oportunidad a los investigadores de la información a observar otros comportamientos en la búsqueda de información de otros grupos con respaldo teórico en sus formaciones, como es el caso de los académicos y otras disciplinas, por ejemplo, médicos, abogados, maestros, clérigos, enfermeras, psicoterapeutas, bibliotecólogos, contadores e ingenieros (p. 161-162).

El *Information Seeking of Professionals Model* consta de tres partes; la primera corresponde al análisis de los roles que asumen los profesionistas al ejecutar su trabajo en diferentes lugares y momentos durante su jornada laboral. Los roles identificados fueron los que tienen una relación directa con la labor diaria del profesional, tales como los de proveedor de servicios, administrador/gerente, investigador, educador y estudiante (Leckie *et al.*, 1996, pp.180-181).

Esta primera parte incluye el análisis de las tareas, las cuales se ven reflejadas en las siguientes actividades: asesoramiento de evaluaciones, supervisión y reportes por escrito. Realizando una analogía, se puede afirmar *a priori* que, en el caso de los médicos, las principales actividades se refieren al cuidado del paciente, como, por ejemplo, diagnósticos diferenciados, recomendaciones en el tratamiento, información sobre drogas y elaboración de criterios de diagnóstico (Leckie, *et al.*, 1996, p. 181).

La segunda parte aborda el análisis de las necesidades de información, cuya característica principal es que no son constantes, ya que están determinadas por un sinnúmero de factores; algunos componentes que las afectan son: aspectos demográficos individuales (edad, profesión, especialización, trayectoria profesional y localidad geográfica), contexto (necesidad específica de situación, interna o externamente inmediata), frecuencia (necesidad recurrente o nueva), factibilidad (necesidad anticipada o inesperada), importancia (grado de urgencia) y complejidad (fácilmente resuelta o difícil) (pp. 182-183).

En la tercera parte, Leckie *et al.* (1996) señalan que hay tres elementos que influyen en la búsqueda de la información: las fuentes de información, la conciencia de la información y los resultados. Las fuentes de información pueden ser:

- a) formales o informales; las primeras se presentan por ejemplo en una conferencia o una revista, mientras que las informales se presentan a través de una conversación;
- b) internas o externas, ya que podrían estar dentro de un organismo o fuera del mismo;
- c) orales o escritas, es decir escuchadas o plasmadas en papel o en un texto electrónico, así como

d) personales, que son las basadas en la experiencia que se genera a partir de las prácticas profesionales (p. 184).

Un concepto interesante en el modelo es el de *conciencia de la información* el cual se refiere a la noción que se tiene de las fuentes disponibles, que pueden ser un colega, una base de datos en línea o una guía. Esta conciencia también comprende la percepción de la persona sobre la forma y el proceso para la recuperación de la información. A partir de la conciencia de la información, las personas pueden identificar el proceso efectuado para obtenerla, así como distinguir y valorar el contenido de la misma en función de su fiabilidad y utilidad, lo que se traduce en la confianza en una fuente (pp. 184-185).

El análisis de los resultados de la búsqueda de información es la etapa final del modelo de Leckie *et al.* (1996); en ésta, el profesionista posiblemente ha concluido sus requerimientos relacionados con los roles y tareas desempeñados, lo que puede verse reflejado en el diagnóstico de un trastorno, en el llenado de un reporte clínico o en la recepción de pacientes en el consultorio. Sin embargo, puede ocurrir que la necesidad de información no haya sido satisfecha, por lo que será preciso realizar una búsqueda de información más amplia. A esta acción las autoras le llaman un *feedback loop* (circuito de retroalimentación) del modelo, mediante el cual la configuración de los factores que entran en juego acomete una segunda vuelta en la búsqueda de información (p. 187).

Para completar esta revisión de la literatura sobre modelos de CI, al analizar la literatura disponible en México se detectaron tres modelos; el primero es el *Modelo para elaborar programas de formación en el uso de tecnologías de información para comunidades de instituciones de educación superior* implementado por Hernández (2001), en el cual se establece que “las funciones del modelo son describir el proceso para elaborar programas de formación en el uso de tecnologías de información en instituciones de educación superior y establecer modelos en el área de formación de usuarios que puedan retomarse y comprobarse.” (p. 177). Hernández indica que el principio racional del modelo es el concepto del proceso de formación, que está integrado por cuatro elementos:

- Proceso de intercambio. Relación entre la formación y la producción de conocimiento denominada *características del usuario*; al identificar las

características del usuario meta, se puede decir que intercambiamos experiencias significativas, de lo contrario sólo establecemos procesos lineales de transferencia.

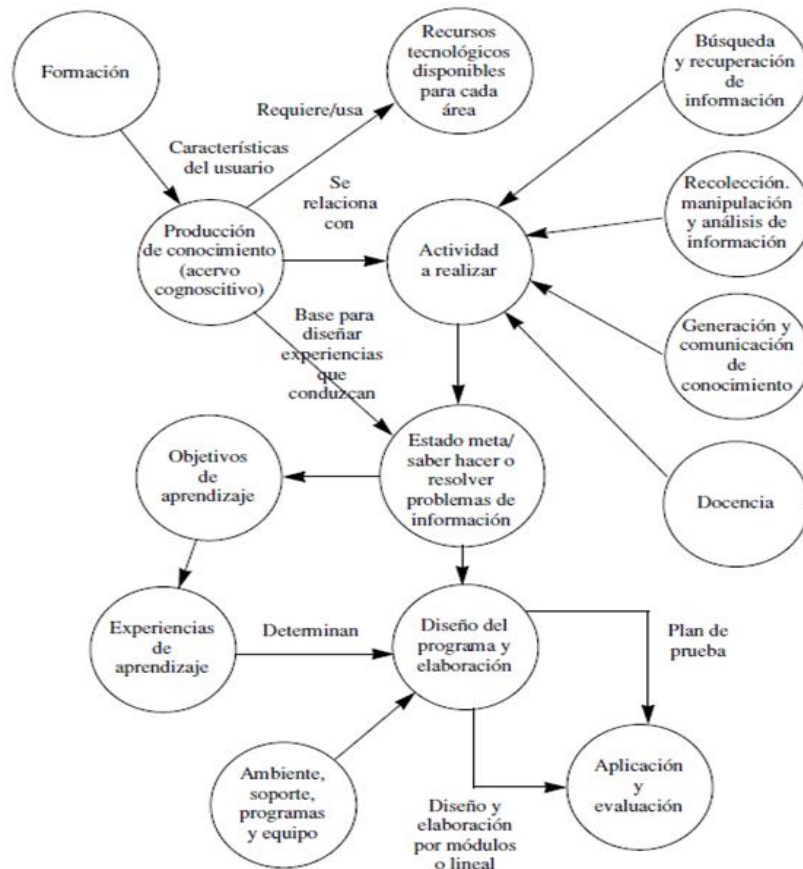
- Experiencias o saberes significativos. Son los objetivos y experiencias de aprendizaje, los cuales se derivan del proceso de producción de conocimiento y determinan el diseño del programa. Su significatividad está dada porque son producto de las características del acervo cognoscitivo de los individuos, lo cual asegura la inserción de la nueva información en dicho acervo.
- Proceso cognitivo de quien recibe. Nuevamente representado por la producción de conocimiento/acervo cognoscitivo.
- Adquirir formas de saber hacer o resolver problemas. En la definición de formación, este elemento es considerado como el objetivo de la formación, el cual se retoma en el modelo como el estado meta que determina los objetivos y experiencias de aprendizaje y, por consiguiente, el diseño del programa (p. 176).

A partir de lo anterior, Hernández (2001) señala:

El principio racional está dado por el concepto de formación y las características de los usuarios que, en el caso de comunidades de instituciones de educación superior, se determinan por el proceso denominado producción de conocimiento. De la forma como producen conocimiento se desprenden los recursos tecnológicos que requieren y usan, las actividades que realizan y el estado meta al que nos interesa que lleguen, que es saber hacer o resolver problemas de información. Según el proceso producción de conocimiento, las actividades a realizar pueden ser búsqueda y recuperación de información; recolección, manipulación y análisis de información; generación y comunicación de conocimiento y docencia (p. 177).

En la figura 1 se representa el modelo propuesto por Hernández (2001).

Figura 1. Modelo para elaborar programas de formación en el uso de tecnologías de información para comunidades de instituciones de educación superior



Tomado de Hernández (2001, p. 175)

Como se observa, esencialmente el modelo de Hernández (2001), toma en cuenta la formación en el uso de tecnologías de información para elaborar programas de acuerdo a la generación de conocimiento en comunidades de educación superior. Respecto al presente estudio, no pretende elaborar programas de formación para el empleo de tecnologías en comunidades de educación superior, por el contrario, identificar las necesidades de información de médicos psiquiatras relacionado con su práctica clínica.

El segundo es el *Modelo sobre las necesidades de información (NEIN)* desarrollado por Calva (2004) y que ha tenido varias reproducciones. Este modelo, como su nombre lo indica se centra en las necesidades de información, y se ha aplicado para estudiar comunidades de vitivinicultores mexicanos (2015, 2014, 2010). El modelo de Calva

consiste en tres fases principales para determinar las necesidades de información de una comunidad de usuarios:

1. Surgimiento de las necesidades de información.
2. La manifestación de las necesidades de información a través de un comportamiento informativo.
3. La satisfacción de dichas necesidades de información (p. 155).

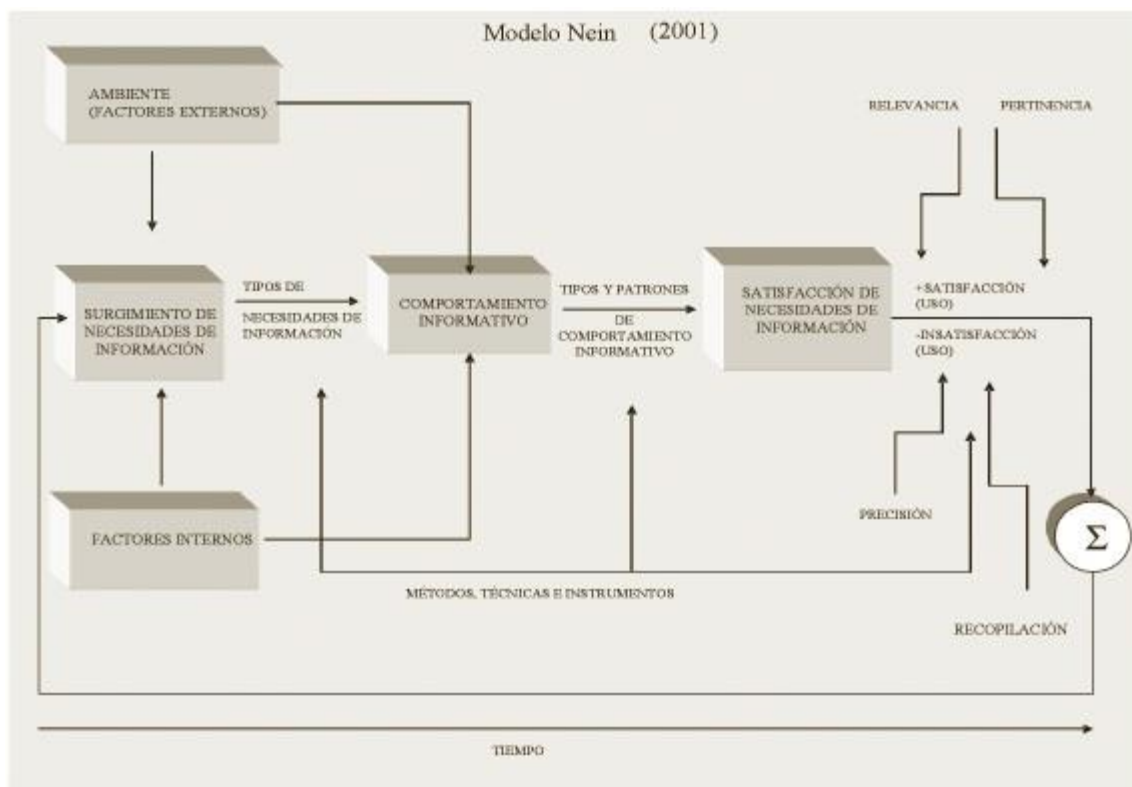
Según Calva (2004), las necesidades de información están determinadas por factores externos e internos; define a los primeros como “las presiones que el medio ambiente ejerce sobre el sujeto, tales como los aspectos sociales, políticos, económicos, educativos, etcétera”; los factores internos son “las características particulares de cada persona: conocimientos, experiencia, habilidades y capacidades, etcétera” (pp. 157-158).

A lo anterior, Calva agrega que “la combinación de influencias o impactos de los factores internos y externos en el usuario dará por resultado la aparición de los diferentes tipos de necesidades de información y de tipos de comportamiento informativo”. A la siguiente fase del modelo NEIN el autor la denomina *satisfacción de las necesidades de información*, donde “la evaluación de la satisfacción en realidad es la comprobación de que la necesidad de información que motivaba al sujeto ya ha sido cubierta y ha dejado de existir para dar paso a una nueva” (p. 162).

En el modelo NEIN se considera que, para analizar el fenómeno de las necesidades de información, se deben tomar en cuenta los siguientes elementos: el tiempo “que transcurre desde que se origina una necesidad hasta su satisfacción”; la pertinencia, la relevancia, la precisión y la recopilación “están relacionadas entre sí, pero sólo con respecto a la información entregada al usuario en respuesta a su necesidad de información”. La valoración de la satisfacción es otro factor importante que interviene en el modelo, ya que “el individuo puede verse ante el hecho de que la información obtenida de un documento o proporcionada por un recurso informativo no le satisface, y provocar un estado emocional y material impactante en el usuario” (p. 163-164).

Calva menciona que el uso de la información “estará determinado por lo que el usuario pretende hacer con ella en el momento en que la obtenga, de ahí que pueda aceptarse que el uso mismo de la información forma parte de los factores internos que orillan al sujeto a tener una necesidad de información”. Asimismo, los métodos, técnicas e instrumentos servirán para entender que “la comprensión de todo el fenómeno de las necesidades de información debe ser realizada con la utilización de métodos que permitan el análisis de este fenómeno”. Por último, las variables independientes (que comprenden los factores externos e internos mencionados anteriormente) y dependientes (tipo de necesidad, tipo y patrón de comportamiento informativo y la satisfacción e insatisfacción) nos muestran la totalidad del Modelo NEIN propuesto por Calva (2004), (pp. 165-167, 169).

Figura 2. Modelo sobre las necesidades de información (NEIN)



Tomado de Calva (2004, p. 168).

Respecto al Modelo NEIN (Calva, 2004), su objetivo es conocer las necesidades de información del sujeto para con ello analizar cuál es su comportamiento informativo; en el trabajo que nos ocupa, también nos interesan las necesidades de información de nuestra

comunidad de estudio, así como identificar los factores que influyen para que los médicos psiquiatras busquen la información para llevar a cabo su práctica clínica e identificar las habilidades que tienen los psiquiatras para buscar la información.

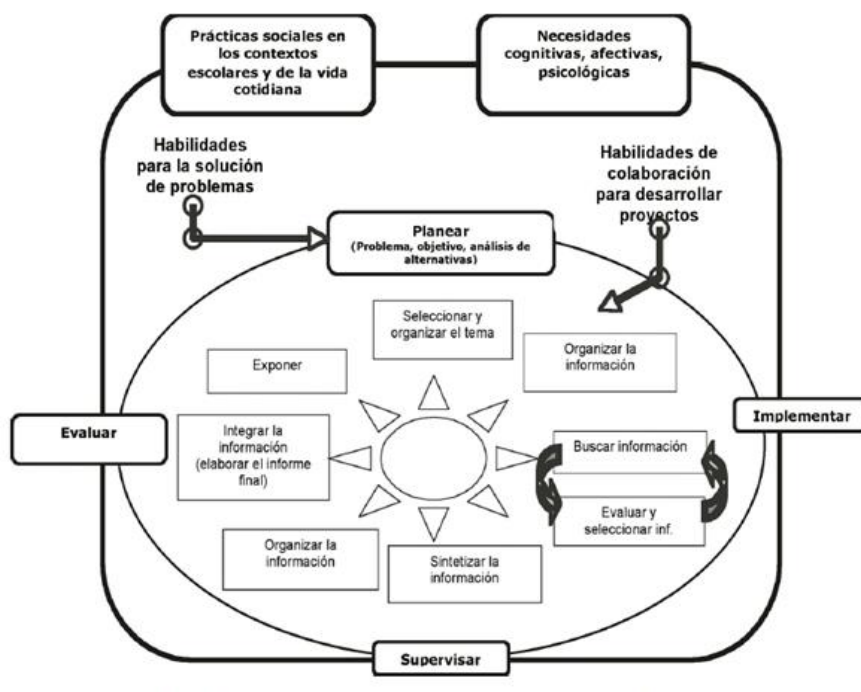
El último modelo que se ha publicado es el de Vega, Rojas y Mazón (2008), el cual fue desarrollado a partir de obtener evidencias empíricas de los procesos de apropiación de las habilidades informativas de alumnos de sexto grado de la Ciudad de México; y que se fundamenta en investigaciones realizadas por el Laboratorio de Cognición y Comunicación de la UNAM, por cerca de 20 años para identificar como los niños buscan, analizan, integran y se apropian de la información sobre temas que son de su interés. El esquema tiene como base teórica la perspectiva sociocultural a partir del estudio de las interacciones dialógicas de los alumnos.

En el esquema se retoman algunos aspectos de la perspectiva sociocultural. El primero de ellos es el reconocimiento de las prácticas sociales que dan sentido a las actividades, de las que se derivan las necesidades psicológicas, afectivas y cognitivas de los alumnos (Wilson, 2005: 33). Estos componentes se encuentran ilustrados en la parte superior del esquema. El siguiente conjunto de habilidades se conforma con habilidades para la solución de problemas. En éste se identifican los siguientes procesos: la planeación, compuesta por la delimitación del problema, el objetivo o meta a alcanzar; el análisis de las alternativas, la implementación de estrategias y la supervisión y evaluación del proceso. Otro conjunto de habilidades son las relacionadas con la colaboración, cuyo objetivo es enriquecer las formas de interacción en el aula y fortalecer la comunicación entre los alumnos para construir el conocimiento. De acuerdo con esto, se promueve una serie de reglas de conversación, basadas en el habla exploratoria (Mercer, 1997). En la parte central del esquema se encuentran las ocho habilidades informativas, las cuales son visualizadas como procesos dinámicos e interrelacionados que se aplican de manera estratégica y flexible y no como procesos lineales, estáticos o individuales. La relación de las habilidades informativas con las prácticas sociales se establece a partir del uso funcional de la oralidad y la escritura. La primera, como ya se mencionó, se promueve en función de la colaboración y la conversación argumentada. La segunda se fortalece en función de la escritura de un texto de tipo expositivo sobre un tema de interés para los alumnos, en el cual expresan necesidades de tipo psicológico, cognitivo o afectivo (Vega *et al.*, 2008, pp. 85-86).

En cuanto a (Vega *et al.*, 2008), su contribución fue conocer los procesos de apropiación de las habilidades informativas de alumnos de sexto grado de la Ciudad de

México; como se mencionó anteriormente, nuestro estudio plantea en uno de sus objetivos identificar las habilidades que tienen los psiquiatras para buscar la información, sin embargo, se analizaron las habilidades de los médicos psiquiatras respecto a su práctica clínica, docencia e investigación.

Figura 3. Esquema para guiar los procesos de Alfabetización Informativa



Tomado de (Vega *et al.*, 2008, p. 85)

Como se puede observar, el objetivo del modelo de Hernández (2001) fue la elaboración de programas de formación en el uso de tecnologías en instituciones de educación superior; para Calva (2004), la finalidad del modelo NEIN fue explicar el fenómeno de las necesidades de información en una comunidad determinada; y para Vega *et al.* (2008) sus propósitos fueron los procesos de apropiación de las habilidades informativas de alumnos de sexto grado de la Ciudad de México. Es decir, que en México faltan modelos que permitan comprender el comportamiento informativo en un gran número de comunidades, académicas o no.

A partir de la revisión anterior, identificamos que un aspecto importante para la construcción de modelos del CI es la evidencia o sustento que les da origen. Por un lado, están las evidencias que surgen a partir de la observación y análisis de las conductas de los sujetos; por otro, las que se basan en el metaanálisis de la literatura de estudios de caso, en la cual se reportan experiencias de aplicación y estudio. Es importante señalar que, en la construcción de los modelos teóricos, existen diferentes aproximaciones metodológicas, las cuales están vinculadas con los propósitos específicos de cada investigación.

Para concluir, un modelo es una abstracción de un fenómeno real, que se plantea en términos abstractos, para mostrar lo que ocurre con ese fenómeno sin tener que referirse al caso concreto.

En el siguiente apartado se presentan brevemente las características de los tipos de estudios que se realizan en la Bibliotecología y las Ciencias de la Información para los estudios de comportamiento informativo, incluyendo los referidos a las áreas médicas.

1.2.3 Estudios del comportamiento informativo

La investigación sobre el comportamiento informativo, como cualquier estudio sobre la conducta humana, ha tenido problemas para generalizar y construir teorías. Para Fisher y Julien (2009), a menudo los resultados de estos estudios sólo tienen relevancia en prácticas locales o para la mejora en los servicios de información. Se considera que esta situación puede cambiar en la medida en que los investigadores centren su atención en las variables sociales, tales como estatus económico, género y escolaridad, relacionadas con la búsqueda y uso de la información (p. 4).

En relación con los tipos de estudios sobre el comportamiento en la búsqueda de información, Varlejs (1987) propone la siguiente clasificación:

1. Tipo de usuario: niños, bioquímicos, estudiantes de pregrado, etcétera.
2. Organización: bibliotecas públicas, laboratorios farmacéuticos, industria acerera, etcétera.
3. Situación geográfica: comunidad local, área metropolitana, país, etcétera.

4. Característica del sistema de información estudiado: elección de la fuente de información, uso del catálogo, búsqueda en línea, referencia, etcétera.
5. De acuerdo al tipo de método que permita analizar o deducir las características de los usuarios: encuesta, observación y estudios bibliométricos.
6. Objeto de la investigación: diseño de sistemas, propuestas de mejora, evaluación, planificación y prueba de hipótesis.
7. Unidad de análisis: individual, de grupo, pregunta o problema, necesidad de información y uso de la información.

Varlejs considera que la orientación en el tipo de estudio puede ser hacia el usuario del sistema de información o hacia el sistema en sí mismo (pp. 67-68).

En una versión más acabada sobre los tipos de comportamiento informativo y los grupos a los cuales pueden pertenecer cada uno de ellos, Case (2006) indica, después de hacer una revisión bibliográfica, que los tipos de investigaciones sobre el comportamiento informativo de las personas pueden ser agrupadas en:

- Buscadores de información por ocupación (*Information seekers by occupation*) (ej. científicos y gerentes).
- Buscadores de información por rol (*Information seekers by rol*) (ej. pacientes o estudiantes).
- Buscadores de información por datos demográficos (*Information seekers by demographics*) (ej. por edad o por grupo étnico) y sobre
- Teorías, modelos y métodos (Case, 2006, p. 295).

Acerca de las técnicas utilizadas en la investigación reciente sobre comportamiento informativo, Fisher y Julien (2009) destacan que la mayoría surgen de las ciencias sociales, y las poblaciones que se han estudiado son tan disímiles como las técnicas empleadas para su estudio. Algunas de estas técnicas son las entrevistas, consideradas como la principal técnica utilizada en todos los campos (p. 3).

1.2.4 Estudios sobre necesidades de información

Los estudios sobre las necesidades de información (NI) han sido de gran importancia para responder a las siguientes interrogantes: ¿por qué el usuario requiere información?, ¿dónde surge esa necesidad?, ¿cuál es el contexto?, ¿cuál es el rol que desempeña en su trabajo, en la sociedad, en su núcleo familiar, para determinar sus necesidades de información? La detección de las NI forma parte de la definición del perfil del usuario, ya que a partir de ellas es posible conocer las características y dinámicas de sus requerimientos informativos.

Para Case (2012), la necesidad de información es “la aceptación de que el conocimiento que se tiene es insuficiente para satisfacer un objetivo determinado” (p. 5); es decir, el concepto de *necesidad* implica una carencia de información.

El más ambicioso intento por explicar los orígenes de las necesidades de información, Case (2012), ha sido el trabajo de Dervin y sus colegas (1992); al respecto, afirma:

Para Dervin (1992) el “sense-making” tiende a enfatizar los sentimientos, más que los razonamientos, “en situaciones donde los humanos llegan a encontrar algo que ellos llaman información” (p.68). Dervin cree que tenemos una necesidad de “make sense” (darle sentido) al mundo, y que para ello se requiere la información (pp. 84-85).

Case (2012) abunda en la creencia de Brenda Dervin al señalar que “Dervin prefiere definir la necesidad de información como una compulsión para dar sentido a una situación actual, cuando se enfrenta con problemas o preocupaciones, o la necesidad de entender o hacer una elección” (p. 85).

Se considera que la carencia de información puede producir cierta ansiedad al usuario por tener un vacío informativo que le impide tomar decisiones o realizar acciones; por ejemplo, en el caso del médico, emitir un diagnóstico; así pues, la información que se obtiene en el momento preciso genera la certidumbre de que se ha tomado una buena decisión y que se va en la dirección correcta.

Cole (2012) se cuestiona sobre la importancia y la función de esta clase de necesidades, y concluye que la necesidad de información es un mecanismo de adaptación humana que impulsa a los seres humanos a buscar, y reconocer, para luego adaptarse a los cambios del entorno social y físico. De acuerdo con ello, el usuario va a tratar de seguir con su búsqueda de información, aunque no sepa con claridad qué es lo que desea; de forma paralela, cuanto más informado se encuentre, el usuario será más capaz de despejar sus dudas hasta que se le presente otro cuestionamiento. La dinámica de las NI determina que un usuario de la información estará en constante búsqueda de lo que desea en un contexto de invariable adaptación al entorno que lo rodea.

1.2.5 Estudios de usuarios del comportamiento informativo en el área médica

A partir de la revisión de la literatura especializada en Bibliotecología y Ciencias de la Información, se identificó que los estudios de usuarios en el área médica incluían de manera importante el trabajo de enfermeras, médicos generales y estudiantes de medicina; pero no se encontró información relacionada de manera específica con los médicos psiquiatras.

Acorde con ello, en esta revisión se incluyen los documentos que se consideraron relevantes sobre médicos generales cuando incluían la aplicación o diseño de modelos de CI, cuando resaltaban las necesidades de información o cuando se referían al uso de las tecnologías de la información para la práctica clínica en comunidades médicas.

La presente revisión de la literatura trata los siguientes aspectos: necesidades de información, búsqueda de información, fuentes de información, tecnologías de la información, todas ellas relacionadas con la práctica clínica cotidiana.

1.3 Necesidades y fuentes de información

El tema de las necesidades de información es frecuente en la literatura sobre el CI en

comunidades médicas; en esta revisión, se destacan documentos considerados esenciales para comprenderlas. El orden de exposición es cronológico.

Smith (1996) indica que la mayoría de las necesidades de información de los médicos corresponden al tratamiento y cuidado del paciente, y son altamente complejas, porque, por un lado, tratan sobre un paciente individual y, por otro, tratan a las áreas del conocimiento médico. Acorde con ello, señala que la práctica clínica es la actividad de la que se derivan las necesidades de información. Muy a menudo, los médicos piden no sólo información, sino también apoyo, orientación, confirmación y retroalimentación en su práctica clínica (p. 1062). En otro orden de ideas, Smith señala que los sistemas de cómputo que han sido desarrollados para ayudar a los médicos pero que no han tenido un uso extenso tal vez se deban a que no se han desarrollado para satisfacer las necesidades de información de dichos profesionales. Smith considera que, cuando los médicos tienen consulta, al menos surge una pregunta o duda de los pacientes y que, en estos casos, el médico no necesariamente tiene toda la información para responder a estos cuestionamientos (pp. 1062-1066).

Para llegar a estas conclusiones, Smith (1996) realizó una revisión no sistemática de diversos estudios sobre necesidades de información de médicos; primero se realizó una búsqueda de información en Medline y en base de datos sobre médicos con 406 referencias compilada por Margaret Thompson de la Allegheny University of the Health Sciences Library; también se integró información de conocidos del autor que estaban interesados en el tema y, por último, siguiendo las referencias que el autor encontró.

En los resultados, Smith (1996) halló que los médicos usan una cantidad enorme de documentos de información referente al tratamiento de pacientes, pero que existían pocas investigaciones sobre las necesidades de información que surgen al tratar a los pacientes.

En 1997, Haug identificó que durante los últimos veinte años se han realizado estudios sobre las fuentes de información preferidas de los médicos; sin embargo, los resultados no pueden ser generalizables, toda vez que los muestreos son limitados y los métodos son diversos. Para reducir estas deficiencias, Haug realizó un metaanálisis en el que revisó doce estudios publicados entre 1978 y 1992, con el objetivo de identificar los

recursos de información que los médicos emplean para la práctica clínica y la investigación médica. A partir de este análisis, Haug categorizó las fuentes de información preferidas de los médicos e identificó seis destacadas, así como la asociación entre la primera y segunda preferencias. Los resultados indicaron que los médicos prefieren obtener información de publicaciones y libros, pero también frecuentemente consultan a colegas para obtener respuestas para la práctica clínica y para sus preguntas de investigación (p. 223).

En 2001, Lawrie *et al.* realizaron uno de los pocos estudios publicados sobre NI en médicos psiquiatras. Para su estudio, los autores elaboraron un cuestionario con 150 preguntas clínicas que aplicaron a 93 psiquiatras de grado en Edimburgo, Escocia; entre sus resultados, identificaron que la práctica de la medicina basada en evidencias de los psiquiatras estaba influida por la disponibilidad de tiempo, especialmente del tiempo para buscar y valorar información especializada; igualmente, identificaron que las cinco preguntas más frecuentes de los médicos se relacionaban con tres tópicos:

- El uso de fármacos estabilizadores del ánimo en el trastorno bipolar,
- El lugar de la nueva generación de drogas antipsicóticas en el control de la esquizofrenia y
- La guía basada en la evidencia para el control de la depresión que no ha respondido al tratamiento con drogas antidepresivas.

Una de las conclusiones de su estudio fue que las necesidades de información de los psiquiatras encuestados podrían ser relevantes para las del resto del país y, de ser así, bien podrían ser incluidas en el Servicio Nacional de Salud (NHS) de Escocia. Al respecto, los autores consideraron que, si no existía un consenso para deliberar qué información es útil para los médicos, entonces no se sabría qué información debería ser actualizada. Por ello, una de sus propuestas fue que se aplicaran los avances tecnológicos para diseñar herramientas para tener acceso a las publicaciones periódicas electrónicas a través de un sistema de información flexible y eficaz. Los autores también consideraron que su diseño debería basarse en las preguntas de la práctica clínica más comunes que formularon los psiquiatras y que no tuvieron respuesta; así, se tendría la posibilidad de obtener prioridades para una búsqueda clínica relevante y disponibilidad en el uso de evidencia confiable en

beneficio del médico y del paciente.

Otra de las conclusiones del estudio fue que no existía un sistema adecuado para identificar las necesidades de información de psiquiatras en el Reino Unido, y ésta era una de las razones por las cuales prevalecía una brecha entre la búsqueda y la práctica clínica en la psiquiatría (Lawrie *et al.*, 2001, p. 195).

En 2007, Revere, Turner, Madhavan, Rambo, Bugni, Kimball y Fuller realizaron una investigación en la literatura considerando cuatro preguntas esenciales: 1) ¿Cuáles son las necesidades de información de los profesionales de la salud pública? 2) ¿De qué manera se satisfacen esas necesidades de información? 3) ¿Cuáles son las barreras para satisfacer esas necesidades? y 4) ¿Cuál es el papel de Internet en la satisfacción de esas necesidades de información? En su estudio, tomaron como referencia los trabajos y modelos de Wilson (1994) y Leckie *et al.* (1996), entre otros. Un aspecto importante es que integraron recursos de información tradicionales y otros que los profesionales de salud pública utilizan de forma habitual, tales como literatura gris, informes gubernamentales, publicaciones tomadas de la red y resúmenes de congresos.

Los principales resultados fueron que existe una necesidad de información integral, coordinación y accesibilidad para satisfacer las necesidades de información de los profesionales de la salud pública. Las principales barreras para el acceso a la información incluyen el tiempo, la fiabilidad de los recursos, la fiabilidad/credibilidad de la información y el "exceso de información" (Revere *et al.* 2007, p. 410).

A partir de las investigaciones anteriores, se puede afirmar que las necesidades de información son consideradas como complejas, ya que implican la práctica clínica y las áreas de conocimiento médico (Smith 1996). En este sentido, uno de los hallazgos más relevantes es la relación positiva que se detectó entre la práctica clínica y la medicina basada en evidencias (Lawrie *et al.* 2001), así como las variables que afectan la satisfacción de las NI, que son el tiempo, la fiabilidad de los resultados y el exceso de información (Revere *et al.* 2007). Cabe señalar que el tiempo como variable ha sido identificado por Dervin (1983) en su propuesta metodológica del *sense making*.

Smith, en 1996, identificó que los libros de texto y revistas existentes no son adecuados para responder a las preguntas que surgen en la práctica clínica, ya que los libros pueden estar en desuso y el acceso a revistas puede representar un problema dada la inmediatez que se requiere (p. 1062). El autor propone que las mejores fuentes de información para los médicos son aquellas que proporcionan material relevante y válido, a las cuales se puede tener acceso de forma rápida y con el mínimo esfuerzo; también considera que se deben diseñar herramientas tecnológicas portátiles, rápidas, fáciles de usar y conectadas con una base de datos de conocimientos médicos validados, con la historia clínica y con un servidor para los pacientes y los médicos (p. 1062).

El autor mencionó que uno de los métodos de investigación más socorridos en el área médica son los metaanálisis,⁷ debido a la valoración, recolección y precisión de los datos estudiados (Castelán y Rivas, 2014, p. 156).

El estudio de Hu (2015) consistió en seleccionar tres bases de datos importantes: Media Complete, PsycINFO y CINAHL, a partir de una muestra de 348 artículos de revistas arbitradas publicados entre 2008 y 2012. En este trabajo se observa una clara tendencia a usar la red y los recursos tecnológicos para tener acceso a información en salud en línea, lo que se traduce en buscar, diseminar y evaluar información que puede ser utilizada en la práctica clínica, pero también en proyectos de investigación para temas más específicos. El acceso al expediente clínico en forma simultánea o externa promueve la participación de diversos especialistas para un mejor diagnóstico y tratamiento. Los trastornos mentales ocuparon el segundo lugar de importancia para su estudio por parte de médicos psiquiatras.

⁷ El metaanálisis es una extensión de la revisión sistemática que incorpora una combinación estadística de los estudios que se han relacionado con la hipótesis de investigación. El metaanálisis se puede hacer tanto para las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos como para la evaluación de la prueba diagnóstica o estudios epidemiológicos. Karl Pearson realizó el primer metaanálisis en 1904; combinó datos de varias fuentes para comparar las tasas de infección y mortalidad entre los soldados británicos que se habían ofrecido como voluntarios para la inoculación de fiebre tifoidea,²⁴ y observó que el tamaño de la muestra de un solo estudio puede ser demasiado pequeño para obtener un resultado concluyente. A Gene Glass, un investigador educativo, se le atribuye haber acuñado el término “metaanálisis” que significa: “... el análisis estadístico de una gran colección de análisis de los resultados de estudios individuales con el fin de integrar los resultados”,²⁵ (Castelán y Rivas, 2014, p. 149).

1.3.1 Comportamiento informativo en médicos

Se encontraron pocos estudios sobre los procesos y pasos que dan los médicos una vez que detectan una necesidad de información y deciden llevar a cabo una serie de acciones para cubrir dicho vacío.

Al respecto, Reddy y Jansen (2008) investigaron los desencadenantes que inciden en la transición del comportamiento informativo individual al colaborativo en organizaciones dedicadas a la atención de la salud son: cómo los individuos interactúan entre sí; la complejidad de las necesidades de información, el rol de la tecnología de la información y la falta de experiencia en el tema de interés. Identificaron que las tecnologías de recuperación de la información favorecen la colaboración en el comportamiento informativo, ya que actúan como importantes mecanismos de apoyo; esto se ve reflejado a través de los procesos de la búsqueda de información, en el uso del *chat* y/o al compartir la información recuperada usando tecnologías (p. 256).

A partir de esos resultados, se desarrolló un modelo de comportamiento informativo colaborativo a través de los ejes de comportamiento de los participantes, elementos situacionales y desencadenantes contextuales. En el diseño se consideraron los modelos teóricos propuestos por Ellis & Haugan (1997), Kuhlthau (1991), Wilson (1981), Kuhlthau (1988), Ellis (1989) y Leckie *et al.* (1996); también se definieron las características deseables y las implicaciones para el diseño de un sistema de colaboración de recuperación de información, así como las directrices para un trabajo futuro dentro del ámbito organizacional (Reddy y Jansen, 2008, pp. 256-257).

En los países de habla hispana, la revisión de la literatura relacionada con la búsqueda y recuperación de información en el ámbito médico es muy escasa se realizó una exploración en diferentes bases de datos y en revistas especializadas, pero sólo se encontró información sobre Internet, producción científica, gestión de información, bibliotecas médicas, desarrollo de habilidades informativas, trastornos mentales, medicina-información documental, entre otros; el objetivo del presente trabajo era encontrar información relacionada con el comportamiento informativo en médicos psiquiatras.

A partir de la revisión anterior, es posible afirmar que la literatura sobre CI en médicos psiquiatras es casi inexistente, ya que sólo se localizó un artículo sobre el tema (Reddy y Jansen, 2008). Si se toma como referencia la información acerca de la literatura sobre médicos, se observa que la mayoría se concentra en las necesidades de información (Lawrie *et al.*, 2001), aunque Smith (1996) señala que es poco lo que se ha investigado sobre las NI que surgen de la práctica clínica.

También se encontró una relación positiva entre las NI y la práctica clínica, así como tres variables que inciden en los procesos de búsqueda de información: tiempo, fiabilidad y exceso de información. Se identificó que el tiempo es un detonador muy importante en dos sentidos: la oportunidad para atender una duda durante la práctica clínica y la cantidad de tiempo que puede emplear un médico en una búsqueda. Al respecto, Lawrie *et al.* (2001) identificaron que el tiempo para buscar y valorar información especializada es un factor que afecta la práctica basada en evidencias que realizan los psiquiatras.

En la revisión, se observa que las tecnologías son importantes y que los sistemas que se proponen requieren contar con información tanto para el médico como para el paciente. Asimismo, se demanda un sistema electrónico que integre la información sobre casos clínicos y el expediente del paciente (Hu, 2015).

Sobre las fuentes de información más pertinentes, se observa que, si bien los libros y revistas son preferidos por los médicos (Haug, 1997; Smith, 1996), es necesario que éstos estén disponibles en formato electrónico para atender con pertinencia y rapidez las dudas que surgen de la práctica clínica y las preguntas de investigación.

De acuerdo con lo anterior, se observa que conocer las NI de los médicos psiquiatras, puede redundar en una mejor atención a los pacientes; y que es necesario que se diseñen sistemas de información que integren información sobre el expediente clínico, el acceso a las tecnologías de la información para buscar y valorar información especializada.

Cabe mencionar que existen *recursos de apoyo* tales como UpToDate,⁸ Ebsco Health,⁹ y Wolters Kluwer Health,¹⁰ por mencionar algunos, que proporcionan información actualizada que ayuda al profesional de la salud en su práctica clínica para la toma de decisiones. En el caso del IMSS se cuenta con una plataforma electrónica¹¹ que permite al médico y al paciente¹² el acceso a su expediente clínico electrónico.¹³

Se considera importante contar con información sobre los procesos involucrados en el comportamiento informativo relacionados con la toma de decisiones, el diagnóstico y la prescripción de pacientes durante la práctica clínica. A priori estos procesos son: buscar en bases de datos, consultar otros médicos, ubicar información, sintetizar e integrar

⁸ UpToDate es un recurso de ayuda en la toma de decisiones clínicas basado en evidencia para los profesionales de la salud. Sitio web de UpToDate. Recuperado el 1 de febrero del 2017, en <http://www.uptodate.com/es/home>

⁹ Las bases de datos de medicina y enfermería de EBSCO Health proporcionan acceso al texto completo de las revistas de mayor impacto en medicina, enfermería y áreas relacionadas. Sitio web de Ebsco. Recuperado el 1 de febrero del 2017, en <https://www.ebsco.com/e/latam/productos-y-servicios/base-de-datos-para-investigacion>

¹⁰ Wolters Kluwer ayuda a los profesionales de la salud a mejorar de manera cuantificable la calidad y eficacia de la atención. Proporciona contenido clínico basado en la evidencia y tecnología avanzada de apoyo a la toma de decisiones donde los profesionales de la salud están trabajando, para que puedan tomar las mejores decisiones posibles para sus pacientes. Sitio web de Wolters Kluwer. Recuperado el 1 de febrero del 2017, en <http://wolterskluwer.com/products-services/our-portfolio/health.html>

¹¹ En el punto 1.2 de la *NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud*, indica que la *Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010* es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todos los establecimientos que presten servicios de atención médica que formen parte del Sistema Nacional de Salud que adopten un Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud, así como para aquellas personas físicas o morales que dentro del territorio nacional cuenten indistintamente con los derechos de propiedad, uso, autoría, distribución y/o comercialización de dichos Sistemas; en ambos casos, en términos de la presente Norma y de las disposiciones jurídicas aplicables. Recuperado el 9 de noviembre del 2017, en <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/NOM-024-SSA3-2012.pdf>

¹² En el punto 5.4 de la *NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud*, señala que en todos los establecimientos de atención médica, la información contenida en los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIREs) debe ser manejada con discreción y confidencialidad, de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables, así como a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, dicha información puede ser dada a conocer al paciente, familiares, representante legal o terceros, conforme a los términos establecidos en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1 de esta norma, a saber, *NOM-035-SSA3-2012, En Materia de Información en Salud*. Recuperado el 9 de noviembre del 2017, en <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/NOM-024-SSA3-2012.pdf>

¹³ La Dirección General de Información en Salud, a través de la *NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud*, menciona los criterios bajo los cuales se debe generar, procesar, conservar, interpretar y asegurar el intercambio de información entre Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIREs), entre los que se encuentran los de Expediente Clínico Electrónico, así como los mecanismos mediante los cuales se emitirán especificaciones técnicas para los posibles escenarios de intercambio y para el diseño de este tipo de sistemas. Sitio web de SSA. Recuperado el 01 de febrero del 2017, en <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/menu-intercambio-de-informacion-dgis?state=published>

información, usar redes profesionales y evaluar la información; asimismo, un uso ingente de documentos de información referente al tratamiento de pacientes y el empleo de fuentes de información, tales como publicaciones, libros y la consulta a colegas.

Para finalizar este apartado es posible afirmar que el contexto y la situación en la que se desenvuelve una persona cuando busca información son muy importantes; el aspecto contextual que destaca es el uso de los recursos tecnológicos. En relación con la situación destacan aspectos como la motivación o los conocimientos sobre un tema.

1.3.2 Elementos formativos de los médicos psiquiatras

Un aspecto que se aborda con mayor detalle son las competencias y habilidades requeridas para ser médico psiquiatra, puesto que la práctica clínica está relacionada con la medicina basada en evidencias y con los conocimientos de los sujetos. Lo anterior permitirá tener un perfil más completo de este tipo de profesionales.

1.3.3 Competencias de los médicos psiquiatras

Para encontrar un perfil más específico dentro de las características de la comunidad de estudio, se tomaron en cuenta ámbitos de competencia de los profesionales de la salud (Englander, Cameron, Ballard, Dodge, Bull y Aschenbrener, 2013, p. 1088) con base en la *Association of American Medical Colleges' (AAMC's)*, MedEdPORTAL y el *Curriculum Inventory and Reports (CIR)*. Englander *et al.* (2013) identificaron una lista general de competencias médicas que incluyen demostrar la capacidad para atender a los pacientes considerando las pruebas científicas y el aprendizaje permanente. Entre estas habilidades, algunas de las relacionadas con el uso de la información son:

- Identificar y realizar actividades de aprendizaje que aborden vacíos de conocimientos, habilidades y/o actitudes.
- Localizar, evaluar y asimilar pruebas de estudios científicos relacionados con

problemas de salud de los pacientes.

- Utilizar la tecnología de la información para optimizar el aprendizaje.
- Obtener y utilizar información sobre pacientes individuales, poblaciones de pacientes o comunidades de las cuales los pacientes son atraídos para mejorar la atención médica (p. 1091).

Además de lo anterior, el perfil incluye contar con habilidades interpersonales y de comunicación, tanto con otros médicos y profesionales de la salud como con los pacientes y sus familiares (p. 1091).

La *Clinical Learning Objectives Guide for Psychiatry Education of Medical Students* (CLOGPE) pretende ser un recurso integral para ayudar a los educadores clínicos a desarrollar, refinar y administrar programas educativos de psiquiatría en sus propias instituciones (Burke, Campbell, Dunstone, Lamdan, Levine, Roman, Rosenthal, Waterman, Sierles y Brodkey, 2007, p. 1). Esta guía comprende, para su ejecución, las actividades de un grupo de trabajo de la *Association of Directors of Medical Student Education in Psychiatry* (ADMSEP).

En el apéndice 2 de la CLOGPE, cada objetivo de aprendizaje está vinculado con las competencias de dominio de la *Accreditation Council on Graduate Medical Education* (ACGME 2000) adaptado para la *Clinical Curriculum Resource Guide for Psychiatry Education* (Burke et al., 2007, p. 27). Éste se divide en tres partes, que son: cuidado del paciente, conocimiento médico y aprendizaje y mejora basados en la práctica; de éstos, se describen los que tienen alguna relación con los procesos de búsqueda de información, independientemente de la fuente o recurso:

1. Cuidado del paciente
 - a. Reunir información esencial y precisa sobre los pacientes asignados.
 - b. Tomar decisiones informadas sobre intervenciones diagnósticas y terapéuticas basadas en información y preferencias del paciente, evidencia científica actualizada y juicio clínico.
 - c. Trabajar dentro de un equipo de profesionales de la salud, incluyendo aquellos

de otras disciplinas, para brindar atención enfocada al paciente.

2. Conocimiento médico
 - a. Demostrar un enfoque con pensamiento investigativo y analítico en situaciones clínicas.
3. Aprendizaje y mejora basados en la práctica
 - a. Analizar la experiencia práctica y realizar actividades de mejora basada en la práctica.
 - b. Localizar, evaluar y asimilar pruebas de estudios científicos relacionados con pacientes asignados y poblaciones de pacientes.
 - c. Aplicar el conocimiento de los diseños de estudio y métodos estadísticos para la evaluación de estudios clínicos y otra información sobre el diagnóstico y la eficacia terapéutica.
 - d. Utilizar la tecnología de la información para administrar y acceder a la información médica en línea, y apoyar la educación continua (pp. 27-28).

En México, también la acreditación es un tema relevante,¹⁴ de acuerdo con el Manual de Procedimientos para la Acreditación (MPA) del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica A.C. (COPAEM),¹⁵ el perfil del egresado en medicina es

Un modelo elaborado por una institución educativa en el que se establecen y describen las principales características académicas y profesionales, así como

¹⁴ La acreditación es un proceso que valida la calidad de una institución educativa o de un programa académico. Reconocimiento público que otorga un organismo acreditador, no gubernamental y reconocido formalmente por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES), en el sentido de que cumple con determinados criterios, indicadores y parámetros de calidad en su estructura, organización, funcionamiento, insumos, procesos de enseñanza, servicios y en sus resultados. Significa también que el programa tiene pertinencia social. Recuperado el 9 de noviembre del 2017, en <http://www.comaem.org.mx/5.html>

¹⁵ El COPAES depende del COPAEM, este organismo tiene como objetivo planear, organizar, aplicar y evaluar el proceso de acreditación de los programas de educación médica de las Escuelas y Facultades de medicina del país, con base en los estándares de calidad y los procedimientos estipulados en el Sistema Nacional de Acreditación (SNA). El SNA es un conjunto de normas académicas, técnicas y administrativas que tiene como propósitos intermedios regular, orientar y conducir la educación médica impartida en las Escuelas y Facultades de medicina del país, a través de los cuales la calidad y la excelencia educativas se orientan a lograr la acreditación. Recuperado el 9 de noviembre del 2017, en <http://www.comaem.org.mx/index.html>

el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores, que deben tener los estudiantes que concluyen sus estudios como resultado de haber transitado por un determinado sistema de enseñanza y aprendizaje, y que les permitirá satisfacer determinadas necesidades sociales.

Asimismo, es importante la definición del MPA sobre el perfil profesional de competencias, la cual es

Un conjunto de competencias profesionales que debe poseer el egresado de un proceso educativo para desempeñarse en un ámbito y campo de acción determinado. Durante la planeación, realización y evaluación del proceso educativo guía a los profesores y alumnos. Como producto del acto educativo, el perfil del egresado faculta al individuo para cumplir con la misión de la profesión. La evaluación de lo que el individuo “es” en su práctica cotidiana, comparado con lo que “debe ser”, permite a los docentes, al estudiante-profesional y a la institución una toma de decisiones.

Como se puede observar, las competencias que son necesarias sugieren que el uso de la información es esencial para la práctica clínica de los médicos psiquiatras. El tipo de información a que se refieren incluye la que proporcionan los pacientes, los recursos de información, el trabajo con colegas, etcétera. El tipo de información comprende desde lo oral hasta información específica, como puede ser la estadística, la información científica, etcétera.

Algunas de estas competencias solicitadas a los médicos psiquiatras, tanto por la Englander et al. (2013) como por CLOGPE (2007), guardan similitud con las de Alfabetización informacional (ALFIN), las cuales son definidas como el conjunto de habilidades, conocimientos y actitudes que requieren las personas para “reconocer cuándo se necesita información y tener la capacidad de localizar, evaluar y utilizar eficazmente la información requerida” (ACRL, 1989).

Según Lau, el término ALFIN se ha traducido comúnmente como desarrollo de habilidades informativas y se describe como un “proceso facilitado en instituciones educativas que centra su atención en los estudiantes o el cuerpo docente, a fin de que desarrollen competencias en identificar, hallar, acceder, recuperar y usar información”, y se

ha expresado en una serie de Normas que se incluyen en el Anexo A de esta tesis.¹⁶ Es importante señalar que en México no existen normativas de ALFIN dirigidas a los médicos u otro tipo de profesionales; debido a ello las normas de la ACRL y las ALFIN-México, son usadas indistintamente para estudios en comunidades que no son de educación superior. Situación que consideramos un error, debido a que el comportamiento difiere de una comunidad a otra, y estos matices no son considerados.

De acuerdo con lo anterior, el ámbito natural de la ALFIN es la educación, “aprender a aprender”, sin embargo, las habilidades informativas que implica desarrollar la alfabetización informacional también la requieren los profesionales de la salud mental en su práctica clínica.

Otro aspecto que interviene en el comportamiento informativo es la llamada medicina basada en evidencias (MBE) mencionada por Lawrie et al. (2001) como parte de lo que influía en la toma de decisiones en la práctica clínica. Para comprender su impacto, a continuación, se detallan algunos aspectos de la MBE.

1.3.4 Medicina basada en la evidencia

Sackett (1996) afirma que la medicina basada en la evidencia (MBE) tuvo sus orígenes a mediados del siglo XIX en París, Francia (p. 71), con médicos como Louis, Bichat y Magendie, promotores de la *médecine d'observation*,¹⁷ quienes sostenían que los médicos,

¹⁶ El término *information literacy* es de uso común en el mundo anglosajón para denominar las destrezas informativas que implican la habilidad de identificar la información cuando es necesaria, y la capacidad y la aptitud para localizar, evaluar y utilizar la información con eficacia. En español, Alfabetizar es un término usado por los ministerios de educación para denominar a la enseñanza básica de la lectura y de la escritura, pero no necesariamente el aprender a aprender. El término preferido, por lo tanto, es el de Desarrollo de Habilidades Informativas (DHI), por lo menos desde el punto de vista de la lengua española en América Latina; en España se prefiere Alfabetización Informativa (o informacional). Sinónimos: habilidades informativas, aptitudes informativas, competencias informativas, instrucción bibliográfica, educación de usuarios, formación de usuarios, alfabetización informativa, alfabetización informacional, alfabetización en información, competencias informativas (Lau, Jesús, 2007, pp. 50-51).

¹⁷ Uno de los referentes de esta *medicina de la observación* fue Marie-François-Xavier Bichat (1771-1802), quien desarrolló el método anatomoclínico en el siglo XVII en pleno auge de la anatomía patológica, relacionando la lesión anatómica con el cuadro clínico que había precedido al enfermo antes de su muerte.

en su práctica asistencial, no deberían basar sus decisiones únicamente en su experiencia personal, sino también en los resultados de investigaciones que mostraran sus efectos en términos cuantificables (Oliván, S.; Antonio, J.; Angós Ullate, J. M.; Fernández Ruiz, M. J. y Arquero Avilés, R. 2006, p. 53).

Ya para 1992, se había formado el Evidence-Based Medicine Working Group (EBMWG, 1992), el cual emitió una serie de recomendaciones para convertirse en un médico competente; entre éstas, estaba que era necesario desarrollar experiencia clínica e intuición para detectar y analizar las enfermedades, comprender los mecanismos de la enfermedad, así como entender “ciertas reglas de evidencia es necesario para interpretar correctamente la literatura sobre la causalidad, el pronóstico, las pruebas diagnósticas y la estrategia de tratamiento” (p. 2421). El EBMWG propuso formar a los médicos residentes en la MBE; para ello, desarrolló un programa de actividades en el que los médicos residentes debían dedicar media jornada para aprender las habilidades que requerían para practicarla, compartir con sus colegas la información adquirida en los cursos y proveer al médico instructor de retroalimentación acerca de su rol como docente sobre la MBE en los residentes (p. 2420).

Para Sackett (1996), la práctica de la MBE significa la integración de la competencia clínica individual con la mejor evidencia externa disponible, resultado de una búsqueda sistemática de información, entendiendo por competencia clínica individual a la capacidad y juicio que los médicos adquieren a través de la experiencia y práctica clínica. En cuanto a la mejor evidencia externa disponible, Sackett indica que se refiere a la búsqueda relevante de información clínica proveniente de las ciencias básicas de la medicina, en especial aquellas que surgen de una búsqueda enfocada en la atención al paciente dentro de la fiabilidad y precisión que ofrecen las pruebas de diagnóstico (incluye el examen clínico), marcadores de pronóstico y los regímenes terapéuticos, de rehabilitación y prevención (p. 3).

(...) Se abrió así la época que conduciría al conocimiento científico de la enfermedad cuya base era la objetividad. El método anatomoclínico no es entonces sino la correlación de los hallazgos patológicos con los síntomas o las alteraciones funcionales que corresponden a cada cuadro anatomopatológico y que lo han precedido. Este método hizo posible relacionar lesiones específicas *postmortem* con los cuadros clínicos previos (Pérez Perales, J. E. 2011, p. 56).

Es importante mencionar la contribución a la MBE del epidemiólogo Archibald Leman Cochrane con su libro *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services* (1972), donde evaluó el sistema de salud británico. Actualmente, *Cochrane Collaboration* es una red global independiente de investigadores, profesionales, pacientes, cuidadores y personas interesadas en la salud. Esta red cuenta con más de 37,000 en más de 130 países, y trabajan juntos para producir información de salud creíble y accesible que esté libre de patrocinio comercial y otros conflictos de interés. Muchos de sus colaboradores son líderes mundiales en los campos de medicina, política de salud, metodología de investigación o defensa del consumidor, y sus grupos están situados en algunas de las instituciones académicas y médicas más respetadas del mundo.¹⁸

Otro de los recursos de información de la red, es *The Cochrane Library*, que cuenta con una base de datos con más de cinco mil títulos en línea¹⁹; además se puede tener contacto con diversos grupos de investigación en diferentes áreas de la salud.²⁰

Cabe señalar que no todos los médicos han estado de acuerdo con la MBE; Charlton y Miles (1998) subrayan que el problema es que la MBE excluye o relega a un estado inferior el papel de factores implícitos o no cuantificables, tales como juicio clínico, experiencia, factores cualitativos, las opiniones de los pacientes y las demandas de la consulta clínica (p. 372); Rosenfeld (2004) considera que la MBE impide que el médico juzgue por sí mismo y pueda tomar sus propias decisiones (p. 155); para Porta (2004), la MBE va dirigida a la reducción de costos más que a la cura de enfermedades o aplicar un tratamiento. Otro de los argumentos en contra es que se preste más atención a las estadísticas que a las consideraciones clínicas (p. 147).

Es interesante observar cómo la que en un inicio fue vista como una herramienta básica para atacar la enfermedad, a través del juicio de algunos médicos, es observada como una suerte de procedimientos dictatoriales que dejan al margen al primer interesado

¹⁸ Página web de *Cochrane*. Recuperado el 30 de noviembre de 2016. <http://www.cochrane.org/about-us>

¹⁹ El recuento de registros al día de la recuperación de la información de la Biblioteca Cochrane fue como sigue: revisiones sistemáticas, 9,791; ensayos controlados, 1'039,010; registros de metodología Cochrane, 15,764; ensayos controlados, 36,795; evaluación de tecnologías de la salud, 16,559; evaluación económica del NHS, 15,015; colaboración Cochrane, 78; editoriales Cochrane, 119. Página web de *Cochrane*. Recuperado el 28 de abril de 2017. <http://www.cochranelibrary.com/about/about-the-cochrane-library.html>

²⁰ Página web de *Cochrane*. Recuperado el 30 de noviembre de 2016. <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>

en la cadena de los servicios de la salud: el paciente. Cabe mencionar que la MBE, como se indicará más adelante, es parte esencial en la formación de los médicos residentes y también de la experiencia y conocimiento de los médicos psiquiatras de base y de confianza que constituyen la población de estudio de esta investigación.

En conclusión, la MBE implica una búsqueda sistemática de información, capacidad y juicio del médico para encontrar los datos adecuados según sus necesidades de información clínica y la fiabilidad de la información recabada; para todo ello, es necesario que el profesional de la salud haga uso de sus habilidades informativas, tales como: reconocer una necesidad de información, determinar el alcance de la información requerida, evaluar la información y sus fuentes, incorporar la información seleccionada a su propia base de conocimientos, utilizar la información de manera eficaz para realizar tareas específicas, por señalar sólo algunas.²¹

1.3.5 Práctica clínica

Uno de los aspectos mencionados en los estudios sobre usuarios en comunidades médicas es el que se refiere a la práctica clínica. Existe una serie de *Guías de Práctica Clínica* (GPC) para orientar la atención eficaz y oportuna al paciente. Al respecto, Viniegra, Zaldívar y Barrera (2014) consideran que estas guías:

constituyen un elemento de rectoría en la atención médica, cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica (p. 11).

Las GPC se formulan a partir de preguntas en las que se incluyen los escenarios y el grado de especificidad; también se integran los criterios para establecer prioridades en la selección del tema (Barrera, 2014). Algunos ejemplos son los siguientes:

- a) Al examinar al paciente: ¿Cómo debo examinar a este paciente e interpretar los hallazgos correctamente?

²¹ Para más información sobre las habilidades informativas, véase el Anexo A.

- b) Al pensar en el diagnóstico: ¿Cómo lo interpreto correctamente?
- c) Al evaluar el pronóstico: ¿Cómo anticipar la evolución de este paciente?
- d) Al decidir el tratamiento: ¿Qué tratamientos debo elegir que le ocasionen más beneficio que daño?
- e) Si quiero prevenir: ¿Cómo rastrear y reducir el riesgo de esta enfermedad?
- f) Si busco educar: ¿Cómo aprendo y le enseño al paciente y a su familia? (p. 55).

Barrera (2014) indica que el planteamiento de estas preguntas no está libre de obstáculos, ya que intervienen diversos factores, entre ellos la aceptación de un vacío de conocimiento de parte del médico tratante; otro impedimento podría ser el tiempo que implicaría buscar la información correcta (p. 55).

Al respecto, Richardson, Wilson, Nishikawa y Hayward (1995) subrayan que, para construir una pregunta clínica clave para la toma de decisiones basadas en la evidencia, se debe tomar en cuenta lo siguiente:

1. La pregunta debe estar relacionada con el problema en cuestión.
2. La pregunta debe estar bien planteada para facilitar la búsqueda y obtener una respuesta adecuada.

Para que lo anterior se lleve a cabo, es necesario que la pregunta se concentre en cuatro partes de su estructura:

1. El paciente o problema por el que se establece la pregunta.
2. La intervención o exposición considerada.
3. La comparación entre la intervención o exposición cuando sea relevante.
4. Los resultados clínicos de interés (párr. 6).

A manera de ejemplo, a continuación, se presentan las figuras 4, 5, 6 y 7 sobre la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de diciembre de 2015. ²²

²² Para mayor información sobre el documento consulte la liga:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>

Figura 4. Índice de la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto.

Índice	
1.	Clasificación 8
2.	Preguntas a Responder..... 9
3.	Aspectos Generales 10
3.1	Antecedentes 10
3.2	Justificación..... 12
3.3	Actualización del Año 2009 al 2015 13
3.5	Objetivo 14
3.5	Definición 15
4.	Evidencias y Recomendaciones..... 16
4.1	Diagnóstico 17
4.2	Tratamiento Farmacológico..... 20
4.2.1	<i>Tratamiento no Farmacológico</i> 23
4.3	Criterios de Referencia y Contrarreferencia..... 25
4.4	Vigilancia y Seguimiento..... 26
5.	Anexos..... 28
5.1	Protocolo de Búsqueda..... 28
5.1.1	<i>Estrategia de búsqueda</i> 28
5.1.1.1	Primera Etapa..... 28
5.2	Escalas de Gradación..... 30
5.3	Cuadros o figuras..... 33
5.4	Diagramas de Flujo..... 43
5.5	Listado de Recursos 47
5.5.1	<i>Tabla de Medicamentos</i> 47
5.6	Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica 54
6.	Glosario 56
7.	Bibliografía..... 58
8.	Agradecimientos..... 62
9.	Comité Académico..... 63

Figura 5. Preguntas por responder de la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto.

Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos del trastorno depresivo?
2. ¿Cuál es la clasificación del trastorno depresivo?
3. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial del trastorno depresivo?
4. ¿Cuáles son las estrategias farmacológicas que han mostrado mayor efectividad en el tratamiento del trastorno depresivo en la población adulta?
5. ¿Cuáles son las estrategias no farmacológicas más eficaces para el manejo de los síntomas en las personas con trastorno depresivo?

Figura 6. Evidencias y recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE**.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del/la primer(a) autor(a) y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

Figura 7. Diagnóstico de la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto.

Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto.		
4.1 Diagnóstico		
EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO	
<p>E</p> <p>Debido a la existencia de diferentes factores que pueden afectar al desarrollo, curso y gravedad de la depresión, se recomienda evaluar las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características del episodio: duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad. • Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales). • Grado de disfunción y/o discapacidad asociados. • Riesgo de suicidio. • Respuesta al tratamiento previo. 	<p>2++ SIGN</p> <p>GPC_534 Depresión adulto 2014</p>	
<p>R</p> <p>En pacientes con riesgo de depresión preguntar si en el último mes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha perdido interés o placer por las cosas que antes disfrutaba? • ¿Tiene problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido? 	<p>C SIGN</p> <p>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2013</p>	
<p>E</p> <p>Son síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión PSICACES (mnemotecnia) P- Psicomotricidad disminuida o aumentada S- Sueño alterado (aumento o disminución) I- Interés reducido (pérdida de la capacidad del disfrute) C- Concentración disminuida A- Apetito y peso (disminución o aumento) C- Culpa y autorreproche E- Energía disminuida, fatiga S- Suicidio (pensamientos) Nota: La reacción adaptativa, en la que se incluye el duelo corresponde a una respuesta normal que no requiere tratamiento, a menos que reúna criterios de depresión</p>	<p>2,3</p> <p>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2013</p>	

Martínez, Ortega y Muñoz (2016) proponen el acrónimo PICO como un formato estandarizado para la construcción de preguntas clínicas; en 2005 Fineout-Overholt y Johnston agregaron un quinto elemento a éste, que es la “T”, que corresponde al tiempo en el cual la pregunta ocurre; las autoras indican que este aspecto tal vez no sea siempre usado; sin embargo, si se incluye, disminuye la probabilidad de que se pierda tiempo en la intervención (p. 158). El desglose del acrónimo PICOT puede verse en la tabla 1.

Tabla 1. PICOT

	Significado	Aplica también para
P	Paciente o problema	Grupos de edad, estadio de la enfermedad, comorbilidad, etcétera.
I	Intervención	Factor pronóstico, agente etiológico, prueba diagnóstica, etcétera.
C	Intervención o comparación	Tratamiento habitual o placebo, ausencia de un factor de riesgo, ausencia de agente etiológico, patrón oro o de referencia de una prueba diagnóstica, etcétera.
O	Desenlace (outcome)	Variables de resultado clínicamente importantes en el caso de estudios sobre eficacia, pronóstico o etiología, y estimadores de rendimiento o validez diagnóstica.
T	Tiempo	Duración, tiempo o seguimiento de la intervención o exposición.

Nota: Tomado de Barrera (2014, p. 59).

Una técnica posible para mostrar a los médicos cómo utilizar el formato PICOT es la implementación de escenarios clínicos, para que los galenos puedan pensar y crear los componentes del formato, y para que comprendan los principios de los diferentes tipos de preguntas clínicas (Fineout-Overholt y Johnston, 2005, p. 158).

Algunas de las guías de práctica clínica que gozan de mayor prestigio son las de la *American Psychiatric Association* (APA), las cuales proporcionan recomendaciones basadas en la evaluación de evidencias para el diagnóstico y tratamiento de trastornos psiquiátricos. La *National Collaborating Centre for Mental Health* (NCCMH) ha desarrollado 35 guías de práctica clínica sobre temas de salud mental. El trabajo de la NCCMH es reconocido en el ámbito internacional gracias a la guía sobre la esquizofrenia, que ha sido reconocida dos veces por la Organización Mundial de la Salud como la más desarrollada de cualquier directriz disponible internacionalmente sobre este tema, y algunas de sus directrices han sido traducidas y adaptadas por otros sistemas de salud, incluidos los

de Italia, Australia y Eslovenia.

En México, existe el Catálogo maestro de guías de práctica clínica (CMGPC), que es un elemento rector en la atención médica, cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y eficacia de la atención médica. Las GPC fueron elaboradas por los Grupos de Desarrollo de acuerdo con la metodología consensuada por las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud de México.

Este capítulo sirvió para situar el tema que trata esta investigación dentro del contexto del usuario de la información, necesidades de información, comportamiento informativo, modelos de comportamiento informativo y el modelo que se consideró para el presente estudio, *The Information Seeking of Professionals model* de Leckie, Pettigrew y Sylvain, (1996). Como ya lo hemos señalado, el estudio del comportamiento informativo de los médicos psiquiatras es nuestro objetivo. Por lo que, conocer los roles, el análisis de las tareas, y la prospección de sus necesidades de información nos permitió analizar las fuentes de información que consulta, el proceso para la recuperación de la información a través de la conciencia de la información, y por último, los resultados que implican que el profesionalista podría concluir la recopilación de la información para realizar su tarea.

Capítulo 2. Caracterización del comportamiento informativo de los médicos psiquiatras

En este capítulo corresponde destacar la salud mental y los psiquiatras en México.

2.1 Contexto internacional de la salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, lo que implica una armonía entre el cuerpo, la mente y el contexto social de una persona; se trata de un estado de equilibrio entre el ser humano y su entorno. Esta definición comporta la necesidad de prevenir las dolencias o malestares que en algún momento pudieran ser el origen de un desequilibrio en ese estado de plenitud.

El mismo organismo define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” OMS (2013).

Esta definición implica que la persona debe ser consciente de que puede ejercer sus facultades físicas y mentales en las diversas actividades cotidianas que pudiera realizar en el ámbito familiar, social y laboral, y no sólo eso, sino también que esa actitud le permita retribuir con sus acciones al bienestar de la sociedad toda. OMS (2013).

En el documento realizado por la OMS (2008), llamado *mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*, se mencionan diferentes aspectos referentes a la salud mental y al desarrollo humano.

La salud mental es crucial para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países (...). La salud mental se relaciona con el desarrollo de las sociedades y los países. La pobreza y los estresores psicosociales asociados (por ejemplo, violencia, desempleo, exclusión social e

inseguridad) se correlacionan con los trastornos mentales. La pobreza relativa, la escasa educación y la desigualdad en el seno de las comunidades se asocian a un riesgo elevado de problemas de salud mental. (OMS, 2008, p. 6).

A pesar de su importancia,

La salud mental representa desde hace tiempo una cuenta pendiente para la salud pública de muchos países del mundo, y ha quedado siempre relegada frente a otros padecimientos que las políticas públicas consideran prioritarios. Por esa razón los recursos invertidos en salud mental suelen ser pocos e insuficientes. En las Américas²³ en promedio sólo 1,53% del gasto total en salud está destinado a salud mental. (Berenzon Gorn, Saavedra, Medina-Mora Icaza, Aparicio, Galván, 2013, pp. 252-253).²⁴

Conforme a lo anterior, este problema no es exclusivo de países como México, ya que en otras naciones el binomio pobreza-salud mental ha ido en aumento y ha afectado a las personas con problemas de salud mental, lo que origina un aumento en los costos de servicios de salud, una posible pérdida del empleo, riesgos de reducción en las horas de trabajo laboradas, además del estigma de padecer el trastorno (The Lancet, 2011, p. 1440).

Medina-Mora, Borges, Muñiz, Benjet y Jaimes (2003) señalaron, en un análisis de la *Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica* (ENEP) de 2001-2002, que 28.6% de la población presenta algún trastorno mental a lo largo de su vida.

Berenzon Gorn *et al.* (2013) señalan que “la transición epidemiológica²⁵ en México presenta nuevos retos para un sistema de salud que tradicionalmente ha priorizado programas para las enfermedades transmisibles y la salud reproductiva” (citado por González-Pier, Gutiérrez-Delgado, Stevens, Barraza-Lloréns, Porrás-Condey, Carvalho y Murakami, 2006, p.1), por lo que

²³ Se refiere a América Latina y el Caribe.

²⁴ En países con altos ingresos, el gasto total en salud es de 8.25%, y el presupuesto destinado a la salud mental es de 6.8%, Jacob, K. S., Sharan, P., Mirza, I., Garrido-Cumbrera, M., Seedat, S., Mari, J. J., Screenivas, V, y Saxena, S. (2007). Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet*, 370(9592), p. 1070.

²⁵ La definición de Omran (como se citó en Martínez y Leal, 2002): “Conceptualmente, la teoría de la transición epidemiológica se enfoca en los complejos cambios en los patrones de salud y enfermedad y en la interacción entre éstos y sus determinantes y consecuencias demográficas, económicas y sociológicas”.

Hoy por hoy México experimenta una transición epidemiológica ‘polarizada’, cuyos rasgos más notorios son la disminución de enfermedades infectocontagiosas y el aumento de padecimientos crónico-degenerativos, incluidos los trastornos mentales que constituyen un problema importante de salud pública debido a su elevada prevalencia, la gran carga de enfermedad²⁶ que generan y los altos costos económicos y sociales que producen. (Berenzon Gorn *et al.*, 2013, p. 253).

Como es posible observar, los trastornos mentales no sólo pueden representar un estigma para el individuo que los padece y tener una consecuencia en la vida cotidiana con la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad, sino también repercusiones económicas al no poder conservarse un ‘estado de equilibrio’. Berenzon Gorn *et al.* (2013) advierten que:

Uno de cada cuatro mexicanos de entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. El tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección, al igual que lo observado en la mayoría de los países de América Latina (p. 253).

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, en México existe una cantidad importante de personas adultas que padecen trastornos mentales, pero que no lo saben o no han querido acudir a recibir atención profesional. Un impedimento importante para recibir atención oportuna es el tiempo que le tomaría a una persona tener acceso a un especialista, debido a los requisitos y trámites administrativos que debe cubrir, los cuales pueden ser causas por las cuales una persona decide no acudir a una consulta (Ruiz, 2011, p. 50; Berenzon Gorn *et al.*, 2013, p. 253).

²⁶ Conforme al *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME, 2013), la carga de la enfermedad es un conjunto de estimaciones que permiten cuantificar la magnitud comparativa de la pérdida de la salud debido a las enfermedades, lesiones y factores de riesgo por edad, sexo y área geográfica, en un tiempo determinado, Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle, WA: IHME, p. 5. Recuperado el 21 de octubre de 2016. http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport.pdf

Un estudio realizado por Kohn *et al.* (2005) señala que:

La actual brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe sigue siendo abrumadora. Además, las tasas actuales probablemente subestiman el número de personas sin atención. La transición epidemiológica y los cambios en la composición poblacional acentuarán aún más la brecha en la atención en América Latina y el Caribe, a no ser que se formulen nuevas políticas de salud mental o que se actualicen las existentes, procurando incluir en ellas la extensión de los programas y servicios (p. 229).

Debido a lo anterior, se requiere la voluntad política de los gobiernos en América Latina y el Caribe para llevar a cabo estrategias a largo plazo y destinar recursos adecuados para la salud mental de los habitantes de la región, lo cual podría ayudar a franquear la brecha en la atención psiquiátrica a las personas que más la necesitan.

2.2 Ámbito de los profesionales de la salud en México

Un estudio realizado por investigadores del Departamento de Investigación del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM y la Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* indica que la distribución geográfica de médicos psiquiatras en México es la siguiente:

La distribución muestra que todos los Estados de la República Mexicana cuentan con un determinado número de psiquiatras. El 42.09% del total de especialistas ejerce en la Ciudad de México, en el Estado de Jalisco ejerce el 11.22% y en el de Nuevo León, el 7.03% del total de los especialistas. Los tres Estados con mayor número de psiquiatras concentran al 60.34% del total de psiquiatras en México; el 39.66% restante se encontró distribuido en las 29 entidades federativas restantes y concentrados principalmente en zonas urbanas. Los Estados con menor número de psiquiatras son Tlaxcala, Zacatecas, Baja California Sur, Colima y Querétaro, los que en conjunto suman el 1.5% (62 especialistas) del total de psiquiatras del país.

(Heinze, del Carmen Chapa y Carmona-Huerta, 2016, p. 71).

Estas diferencias muestran de qué manera se distribuyen los recursos humanos destinados a la salud mental en el país y permiten observar la centralización de éstos en las tres ciudades más importantes de México.²⁷ Donde hay más recursos, puede haber más posibilidad de desarrollo profesional (Heinze *et al.*, 2016, p. 75).

Otra problemática detectada en la Ciudad de México por Vargas y Villamil es que, en algunos casos, la detección y canalización de pacientes con trastornos mentales es realizada por médicos familiares, quienes son el primer contacto con el paciente. Debido a ello, en ocasiones el diagnóstico se realiza a destiempo, porque no poseen todos los conocimientos y habilidades o debido a la carga de trabajo. Es relevante tener en cuenta que este primer encuentro con el médico familiar es fundamental para que el paciente reciba un diagnóstico oportuno y sea referido con el psiquiatra (Vargas y Villamil, 2016, p. 4).

El sector salud público en la Ciudad de México (CDMX) comprende una red de institutos, centros de atención médica y hospitales. La estructura de los hospitales que ofrecen atención psiquiátrica de la Ciudad de México dependientes de la Secretaría de Salud (SS) son el Hospital Psiquiátrico Campestre *Dr. Samuel Ramírez Moreno* (HSRM), Hospital Psiquiátrico *Fray Bernardino Álvarez*, el Hospital Psiquiátrico Infantil *Dr. Juan N. Navarro*, el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* (INPRFM) y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Los hospitales dependientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la CDMX que brindan atención psiquiátrica son el Hospital Psiquiátrico San Fernando *Dr. Héctor Tovar Acosta* (HHTA), el Hospital Psiquiátrico *Morelos San Juan de Aragón* y el Hospital de Psiquiatría con Unidad Familiar N°10.

La Secretaría de Salud de la CDMX proporciona consulta externa psiquiátrica y salud mental en todas las delegaciones, y también posee una clínica de autismo ubicada en la delegación Azcapotzalco.

²⁷ El estado de Nayarit tiene menor número de habitantes (1'181,050) que Tlaxcala (1,272,847), pero tiene 22 psiquiatras por cada 100 mil habitantes, y Tlaxcala tiene 7 especialistas, lo que revela la importancia de los recursos destinados al margen de la dimensión territorial del estado, *ibídem*, p. 72.

El Seguro Popular provee atención psiquiátrica en la Ciudad de México en los centros de salud y hospitales acreditados para dar atención a los afiliados, de acuerdo con el Catálogo Universal de Servicios de Salud que ofrece a sus afiliados.

En el Anexo B de esta investigación, se mencionan diferentes conceptos de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 *Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica*, la cual tiene como objetivo

establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias de estos servicios.²⁸

Se destaca el punto 4 en el Anexo B de este documento referente a las definiciones y abreviaturas, así como varios conceptos que se consultaron a través de otros documentos, sitios web, vía telefónica; tal es el caso de admisión continua, hospitalización y extensión hospitalaria.

Cabe mencionar que el apartado once de la norma citada ofrece un panorama sobre la enseñanza, capacitación e investigación científica respecto a la formación de médicos residentes en el HHTA e INPRFM. No menos importante es agregar en el Anexo B los lineamientos que rigen a los médicos psiquiatras y en formación, de acuerdo con la institución donde laboran, relativos a lo que estipulan sus diferentes contratos colectivos de trabajo.

²⁸ Sitio oficial de la Secretaría de Gobernación. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 31 de enero de 2017, en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5406383&fecha=04/09/2015

Capítulo 3. Metodología

3.1 Investigación del comportamiento informativo de los médicos psiquiatras

A partir de la revisión de la literatura presentada en el capítulo 1, podemos afirmar que existen pocas investigaciones que profundicen sobre el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras y que los que existen sobre médicos generales se refieren más a las necesidades de información o preferencias por cierto tipo de recurso de información.

Acorde con ello, se determinó que el objetivo de este trabajo fue investigar el comportamiento informativo, no la conducta de los médicos en el uso de la información, sino su comportamiento cuando tenían la información ante ellos, esto es, a través de su práctica clínica. Por lo tanto, en esta investigación se pretende caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica con respecto a sus necesidades de información y a la búsqueda de información para atender a sus pacientes. Adicionalmente, este estudio aportará elementos para identificar los recursos y servicios de información que demandan los médicos psiquiatras.

Se partió del supuesto de que el acceso a las tecnologías y recursos de información no es suficiente para garantizar una mejora, ya que es necesario fortalecer las habilidades y conocimientos sobre la búsqueda, evaluación, así como para compartir o producir información que poseen los médicos psiquiatras; por lo que este fortalecimiento debe hacerse desde el conocimiento profundo del comportamiento informativo de los médicos en la práctica clínica.

El estudio se basó en una metodología aplicada en donde se combinaron las técnicas de encuesta y la entrevista a profundidad (mixto).²⁹ El método etnográfico de comunicación

²⁹ Los métodos mixtos representan un intento por legitimar la utilización de múltiples enfoques para resolver los planteamientos de problemas de investigación, más que restringir las elecciones de los (as) investigadores (as). Rechazan el dogmatismo y la cerrazón. Son una forma creativa, expansiva, plural, complementaria y ecléctica de elegir la forma de indagar y conducir estudios. El planteamiento es lo más importante del proceso investigativo, el método debe seguirlo de manera que se responda a las interrogantes propuestas de la manera más útil, profunda y completa. Para efectuar un estudio debemos considerar todas las características relevantes de la investigación cuantitativa y cualitativa. Recuperado el 20 de noviembre del 2017, en <https://es.slideshare.net/conyas16/sampieri-metodos-mixtos>

sirvió para analizar el corpus lingüístico surgido de la entrevista. La consistencia de los resultados obtenidos en cada una de las fases del estudio se logró corroborando los resultados del ERI con lo obtenido por el EPCI (triangulando) con el objetivo de garantizar la consistencia sobre el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras.

Partimos del supuesto de que mediante la combinación de técnicas es posible caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras con respecto a sus necesidades de información y búsqueda de información para la toma de decisiones en su práctica clínica.

Cabe señalar que, a través de las necesidades de información, búsqueda de información, fuentes de información, conciencia de información y la valoración de la información que realizaron los médicos se analizó su comportamiento informativo, todas estas variables fueron tomadas del modelo de Leckie, Pettigrew y Sylvain, (1996) y las Normas ALFIN como se explica más adelante.

Los objetivos y preguntas de investigación se plantean en el siguiente apartado.

3.1.2 Objetivos y preguntas de investigación

Objetivo general

Diseñar un modelo teórico y metodológico para caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica con respecto a sus necesidades de información y a la búsqueda de información para atender a sus pacientes.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades de información que genera el comportamiento informativo relacionado con su práctica clínica.
- Identificar los factores preponderantes que influyen para que los médicos psiquiatras busquen la información para llevar a cabo su práctica clínica.

- Identificar las habilidades con que cuentan los médicos psiquiatras para buscar la información.

Preguntas de investigación

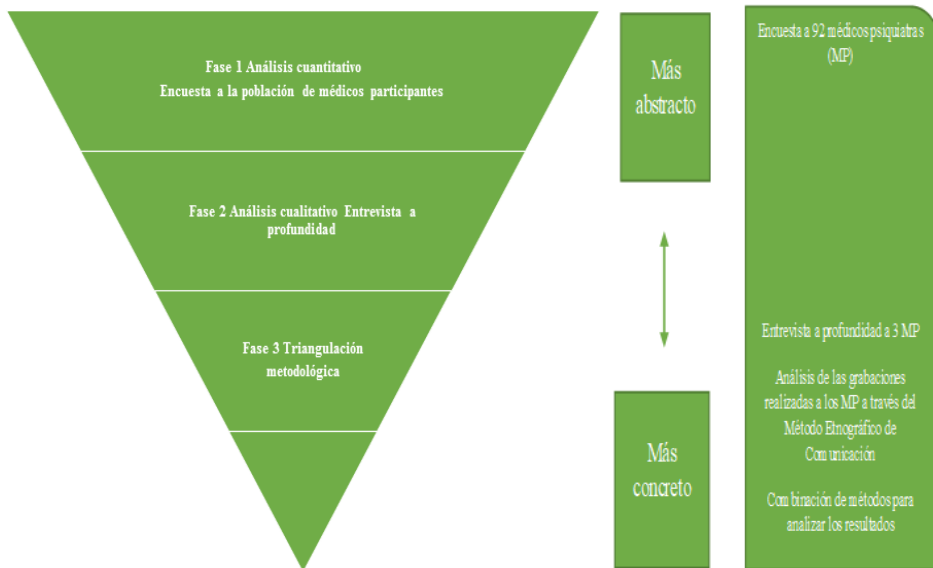
- ¿Qué necesidades de información relacionadas con la práctica clínica tienen los médicos psiquiatras?
- ¿Qué factores preponderantes influyen para que los médicos psiquiatras busquen la información para llevar a cabo su práctica clínica?
- ¿Qué habilidades tienen los médicos psiquiatras para buscar la información?

El diseño de la investigación siguió los principios de pirámide invertida (DIP, por las siglas del inglés *Dynamic Inverted Pyramid*), que combina la interpretación detallada de los datos estadísticos obtenidos con la interpretación pormenorizada del corpus lingüístico. El método DIP se desarrolló por Wegerif y Mercer (1997) y tiene como objetivo:

Integrar varios niveles de abstracción en los datos recogidos mediante el aislamiento de estrategias verbales específicas que llevan a la construcción social del conocimiento a través del andamiaje de los sujetos de estudio (Wegerif, Mercer y Rojas-Drummond, 1999, pp. 133, 137).

Se considera que la aplicación del método DIP permitirá un análisis riguroso y exhaustivo mediante el cual será posible comprender mejor el comportamiento informativo de los sujetos de estudio, ya que permite ir de una perspectiva general a una más específica, así como contrastar y contextualizar los resultados obtenidos. En la figura 8 se muestra la forma en la que se obtendrán los datos.

Figura 8. Aplicación del DIP en la investigación.



Nota: Basado en Wegerif *et al.*, 1999, p. 138. Para observar con mayor nitidez, véase el Anexo C.

Otra investigación en México que aplicó esta metodología fue el estudio de alfabetización informativa en alumnos de primaria, que realizó Vega (2009), a partir del cual se identificaron los patrones de comportamiento informativo de esta población.

A continuación, se explican las fases del estudio:

- Fase I. El objetivo de esta fase es identificar si el rol y las tareas asignadas a los médicos psiquiatras influyen en las fuentes seleccionadas y en el tipo de necesidades de información que surgen de su actividad clínica, de investigación o docente. Para alcanzar el objetivo, se aplicó la Encuesta de Roles e Información (ERI).
- Fase II. En esta fase se efectuó una Entrevista a Profundidad del Comportamiento Informativo (EPCI) con el objetivo de obtener evidencias de manera focalizada sobre las habilidades, criterios de valoración y procesos relacionados con la búsqueda de información bibliográfica. De manera importante, se considera el concepto de *conciencia de la información* entendida como la noción personal de las

fuentes de información (personales y documentales), así como de su importancia para el médico psiquiatra.

- Fase III. Ratificar la consistencia de los resultados obtenidos en cada una de las dos fases anteriores corroborando los resultados del ERI con lo obtenido por el EPCI (triangulando); además, se contextualizan los resultados mencionados.

3.1.3 Variables

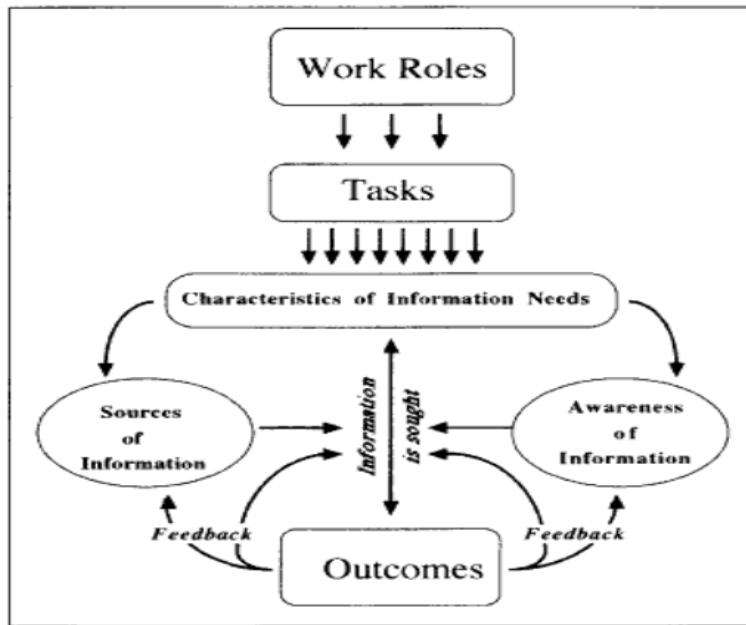
Para determinar las variables, se tomó como base el modelo de Leckie, Pettigrew y Sylvain, (1996), que se muestra en la figura 9. Cabe señalar que el modelo exhibe un ciclo informativo que es común a otros modelos y que la descripción de las autoras no permite establecer una conceptualización clara de lo que mencionan como *'information is sought'* que ha sido traducido como *búsqueda de información* por González-Teruel (2005), y que el diccionario *Linguee*³⁰ traduce como 'información solicitada'. Sin llegar a una disquisición profunda sobre este término, lo que a esta investigación interesaba era conocer las estrategias de búsqueda de información que aplicaban los médicos. En este sentido, nos separamos del concepto inicial propuesto por las autoras y la investigación se concentró en indicadores relacionados con estrategias de búsqueda incluyendo la evaluación de la información.

El segundo concepto que se analizó fue el de *'awareness of information'*, cuya traducción literal es 'conciencia de la información',³¹ el cual puede ser interpretado como el conocimiento que cada sujeto tiene de su entorno informativo; este conocimiento puede ser evidenciado a partir de la verbalización de ideas o de pensamientos que hace el sujeto. De acuerdo con estas dos precisiones, es que estos conceptos, *information is sought*/búsqueda de información y *awareness of information*/conciencia de la información se toman como variables en esta investigación.

³⁰ Diccionario electrónico inglés-español Linguee. Recuperado el 10 de marzo del 2017, en <http://www.linguee.es/espanol-ingles/search?source=auto&query=information+in+sought>

³¹ <http://www.linguee.es/espanol-ingles/search?source=auto&query=awareness+of+information+needs>

Figura 9. *The Information Seeking of Professionals model*



Tomado de (Leckie *et al.*, 1996, p. 180)

En el siguiente apartado se explicitan las variables que se consideraron en el presente estudio.

Variable 1. Roles laborales

Son las actividades que desempeña el médico en torno a su práctica clínica; éstos pueden ser de proveedor de servicios, administrador/gestor, investigador, educador y estudiante. Los roles pueden presentarse de manera simultánea o exclusiva en cada médico.

Variable 2. Necesidades de información

Como ya habíamos mencionado, las necesidades de información pueden ser presentes o futuras y se refieren a “la aceptación de que el conocimiento que se tiene es insuficiente para satisfacer un objetivo determinado” (Case, 2012, p. 5). Acorde con ello, las NI pueden ser los vacíos cognitivos sobre los padecimientos, las dudas en los procedimientos, las preguntas sobre la eficacia de un medicamento o los métodos para diagnosticar una enfermedad, las cuales se presentan en la práctica clínica de los médicos psiquiatras.

Variable 3: Búsqueda de información

Son la totalidad de métodos, procedimientos y técnicas que tienen como finalidad la recuperación relevante de información desde un documento o un conjunto de ellos (Dinet, 2014, p. 3). La búsqueda de información se compone de diferentes operaciones, entre las que podemos señalar: identificar palabras clave, traducir términos del lenguaje natural al controlado, diseñar estrategias de búsqueda, entre otras. De acuerdo con Dinet (2014), la búsqueda es un proceso iterativo, ya que el comportamiento y conocimiento del usuario sobre el uso de un sistema de recuperación de información cambia constantemente.

Variable 4. Fuente de información

Para este caso, se retoma la definición de López-Yepes (2004), quien indica que una fuente de información “es todo sujeto y objeto que contenga, produzca, proporcione o transfiera información” (p. 582). En lo que concierne a los médicos psiquiatras, comprenderá las fuentes de información personales y documentales, así como aquellas que se identifiquen con sus habilidades y conocimientos.

Variable 5. Conciencia de la información

Al respecto, Leckie *et al.* (1996) mencionan que la conciencia de la información se refiere al “conocimiento directo o indirecto de diversas fuentes de información (un colega, una base de datos en línea, o un manual) y las percepciones formadas sobre el proceso, o sobre la información recuperada” (pp. 184-185). Para poder obtener esta información, Leckie *et al.* (1996) identifican

La familiaridad o el éxito previo (resultados obtenidos de la estrategia o la fuente), la fiabilidad (cuán confiable o útil), el empaque (conveniencia, utilidad y otros), la puntualidad (encontrado cuando es necesario), el costo (relación costo-beneficio), la calidad (nivel de detalle, precisión, etc.) y la accesibilidad (relativa facilidad de acceso). (p. 185).

De acuerdo con lo que las autoras mencionan, esta conciencia se forma a partir de la evaluación que cada sujeto hace de sus experiencias pasadas y de los éxitos y fracasos en una búsqueda de información. Se observa que esta conciencia está permeada por los criterios para valorar la información en función de su utilidad o impacto en la resolución de una duda o problema, pero también a partir de las percepciones y de la subjetividad del sujeto.

En el estudio que nos ocupa, esta variable se estudiará en relación con los criterios para valorar la información, pero sobre todo en la contextualización del uso real de la información recuperada en la práctica clínica.

Variable 6. Valoración (calidad y fiabilidad)

Vega, Rojas y Mazón (2008) indican que la valoración se refiere a:

Los atributos que el sujeto asigna a un documento en relación con las necesidades que se intenta cubrir, tales como su valor funcional o la utilidad para una situación específica. El valor epistémico está relacionado con las partes conceptuales del documento. El valor condicional está determinado por las modificaciones que se pueden realizar sobre las necesidades iniciales. El valor social está ligado con el impacto que tiene un tema o autor en una disciplina o área; por último, se encuentra el valor emocional que se vincula con las preferencias o gustos del lector. Tomando en cuenta los elementos, criterios y valores anteriores, el lector toma la decisión sobre si un documento le es útil o no para la necesidad de información que desea cubrir (p. 88).

En esta investigación, la valoración radica en conocer los criterios que aplica el médico para determinar la calidad, la relevancia o la utilidad de una fuente de información. También interesa saber si estos criterios son diferentes cuando se trata de fuentes personales (colegas), medios electrónicos (correo electrónico) o sistemas de información (bases de datos).

3.1.4 Sujetos y escenarios

La población estudiada que fue seleccionada es parte del sector de salud público de la CDMX, brinda atención psiquiátrica, posee tres categorías laborales: base, confianza y residentes, asimismo puede realizar actividades referentes a la práctica clínica, docencia e investigación. La muestra se compone de 92 médicos psiquiatras con tres categorías: 16 médicos de base (MPB), 16 médicos de confianza (MPC) y 60 médicos residentes (MR); los 92 médicos fueron encuestados en su totalidad en la fase I.³²

Para la fase II, los médicos a ser entrevistados se seleccionaron considerando a aquellos que habían demostrado tener un perfil caracterizado por desempeñar los roles de investigador, docente y práctica clínica.

Para efectos de esta investigación, se tomaron en cuenta tres entidades médicas, de las cuales, dos se encuentran situadas en el sur de la Ciudad de México, delegación Tlalpan, que son el Hospital San Fernando *Dr. Héctor Tovar Acosta* del Instituto Mexicano del Seguro Social (HHTA) y el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* (INPRFM); la tercera está localizada en el Valle de Chalco, Estado de México, cuyo nombre es Hospital Campestre *Dr. Samuel Ramírez Moreno* (HSRM), ambas pertenecientes a la Secretaría de Salud.

Los escenarios fueron seleccionados porque son parte del sector de salud público de la CDMX y brindan atención psiquiátrica; en su plantilla laboral se encuentran médicos psiquiatras de base, confianza y médicos residentes los cuales realizan práctica clínica, docencia e investigación. Se tomaron en cuenta únicamente los roles de los médicos para su estudio y no los escenarios donde laboraban, porque de acuerdo al modelo de Leckie *et al.*, (1996) el rol y las tareas asignadas son parte fundamental para conocer el comportamiento informativo.

A continuación, se describen los escenarios en los que se llevó a cabo el estudio, que comprendió de marzo de 2014 a marzo de 2016.

³² Para más información referente a la justificación de la muestra véanse las páginas 76-78.

Hospital San Fernando Dr. Héctor Tovar Acosta del Instituto Mexicano del Seguro Social [Escenario 1]

Situado en avenida San Fernando número 201, colonia Toriello Guerra, C. P. 14050, México, D.F., delegación Tlalpan, es una unidad médica que cuenta con personal capacitado para brindar una atención integral al derechohabiente, y consta de admisión continua, hospitalización, extensión hospitalaria y hospital parcial.³³

En el servicio médico, se desprenden tres categorías: médicos de base, médicos de confianza y médicos residentes; la mayoría son médicos psiquiatras, a excepción de un médico internista, una médica neuróloga y dos psiquiatras con especialidad en paidopsiquiatría. Ofrece atención médica a pacientes con diversos trastornos mentales, tales como esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad y trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

El nosocomio cuenta con un centro de documentación en salud (CDS), el cual posee un acervo donde predominan temas relacionados con psiquiatría y, en menor medida, psicología y enfermería; se cuenta con la recepción de dos publicaciones periódicas: *Salud mental* y *Bipolar Disorders*. El CDS ofrece servicio de Internet y el acceso a una base de datos que depende de la Coordinación de Educación en Salud del IMSS.³⁴

Hospital Campestre de Psiquiatría Dr. Samuel Ramírez Moreno [Escenario 2]

Está situado en el Km. 5.5 de la Autopista México-Puebla, esquina Eje 10 Sur, colonia Santa Catarina en la Delegación Tláhuac, Distrito Federal, en colindancia con el municipio de Valle de Chalco, Estado de México.

Los servicios que brinda a la comunidad son consulta externa, hospitalización, hospital

³³ Para más información sobre estos conceptos véase el Anexo B de esta investigación.

³⁴ Ruiz López, Gerardo (2011). Necesidades de información de pacientes psiquiátricos en el Hospital Dr. Héctor Tovar Acosta del Instituto Mexicano del Seguro Social (Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras) pp. 17-18.

de día y urgencias,³⁵ cuenta con dos categorías médicas de base y confianza; en los meses de mayo y junio del año 2014, periodo para realizar las encuestas, el hospital se encontraba en remodelación, por lo que tenía problemas de acceso, con secciones cerradas y otras con obras de construcción en proceso; sin embargo, seguía ofreciendo servicio a sus derechohabientes. No se contaba con el servicio de un centro de documentación en salud en el nosocomio, y el acceso a las tecnologías de la comunicación y la información era muy limitado y escaso.

Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* de la Secretaría de Salud [Escenario 3]

El escenario 3 está situado en la Calzada México Xochimilco #101, Tlalpan, Huipulco, 14370, Ciudad de México, D.F. Los servicios que ofrece son:

Preconsulta, Consulta Externa, Historia Clínica, Hospital, y Atención Psiquiátrica Continua. La Dirección de Enseñanza realiza tres niveles de preparación académica: Especialistas en Psiquiatría, Maestros y Doctores en Ciencias de la Salud, así como programas de Maestría y Doctorado en Psiquiatría y Salud Mental. La Dirección de Neurociencias efectúa investigaciones experimentales realizadas con animales y con el hombre mismo, bajo estrictas normas bioéticas y académicas. En la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales se desarrollan proyectos de investigación que estudian los aspectos socioculturales que inciden los trastornos mentales y de la conducta.³⁶

En el servicio médico de este hospital, existen tres categorías: médicos de base, médicos de confianza y médicos residentes, los cuales realizan su práctica clínica en los diferentes módulos donde se encuentran las coordinaciones clínicas del Trastorno Límite de la Personalidad, Trastornos Afectivos, Trastornos de Conducta Alimentaria, Esquizofrenia, Adicciones, Trastornos del Sueño, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Clínica de

³⁵ Para más información sobre estos conceptos véase el Anexo B de esta investigación.

³⁶ Sitio oficial del INPRFM. Recuperado el 3 de noviembre del 2014 en <http://www.inprf.gob.mx/index.html>

Adolescentes, Psicogeriatría, y Género y Sexualidad.

El Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* (INPRFM) cuenta con un Centro de Documentación e Información en Psiquiatría y Salud Mental (CDIPSM) creado en 1980.

Es un centro nacional especializado en el suministro de documentación e información científica y técnica en la rama médica de su competencia, cubre campos afines, como neurociencias, psicología, entre otros, y temas específicos, como alcoholismo y adicciones. Su misión es contribuir con los recursos bibliográficos en papel y electrónicos para las actividades de investigación, enseñanza y práctica médica en el campo de la Salud Mental, dentro del marco de los objetivos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; como centro especializado en el país, su finalidad es poner a disposición de otros profesionales de la Salud Mental los servicios que se proporcionan. La visión del CDIPSM es continuar enriqueciendo el soporte especializado y elevar su infraestructura tecnológica a fin de mantener la calidad y eficiencia en el acceso a la información científica y técnica en psiquiatría y campos afines. Los tipos de usuarios que atiende el Centro son tanto individuales como institucionales, privados o gubernamentales (organismos de investigación y enseñanza superior, hospitales, laboratorios, bibliotecas y centros de información y documentación, etc.), tanto nacionales como del extranjero. Los servicios están orientados principalmente para los profesionales de la salud mental: psiquiatras, investigadores, académicos, psicólogos, trabajadores sociales psiquiátricos, enfermeras psiquiátricas y estudiantes. Cuenta con soporte documental, bases de datos propietarias, sistema de información vía Web con acceso a fuentes de información de cobertura Mundial.³⁷

Como se observa, los escenarios anteriormente descritos presentan características particulares, en el HHTA y el HSRM básicamente ofrecen atención clínica, aunque en el

³⁷ Sitio oficial del INPRFM. Recuperado el 11 de marzo del 2017 en <http://inprf-cd.gob.mx/cdipism.php>

INPRFM hay un área exclusiva para realizar investigación, lo que origina una perspectiva institucional diferente.

3.1.5 Instrumentos

3.1.5.1 Instrumento Encuesta de Roles e Información [ERI]

El instrumento consta de las siguientes secciones: datos demográficos, clínica, investigación, medicina basada en la evidencia, necesidades de información y fuentes de información, para conformar un total de 34 preguntas, las cuales se dividen en rol, necesidades de información, búsqueda de información, fuentes de información, valoración y conciencia de la información.

Cabe mencionar que, de acuerdo con el modelo de Leckie *et al.* (1996), los roles laborales van estrechamente ligados con las tareas que desempeñan los médicos. Sobre la variable 6 Valoración, surge del término *awareness of information*/conciencia de la información que señala el modelo citado, la cual significa que el médico puede identificar las fuentes disponibles realizando una valoración a través de su fiabilidad y utilidad.

En el ERI no se incluyeron preguntas sobre la variable 3 Búsqueda de Información, debido a que se consideró que esta información podría ser compilada a partir del EPCI.

A continuación, se presentan las preguntas del instrumento en relación con las variables identificadas.³⁸

Variable 1. Roles laborales

Práctica clínica	Docencia	Investigación-MBE
1. ¿Realiza práctica clínica? 2. ¿Dónde realiza práctica clínica?	3. ¿Imparte clases? 4. ¿Dónde imparte clases?	5. ¿Realiza investigación? 6. ¿Dónde realiza investigación? 7. ¿Conoce la medicina basada en evidencias? 8. ¿Practica la medicina basada en evidencias?

³⁸ El proceso de creación del instrumento se describe en la página 73.

Variable 2. Necesidades de información

NI derivadas de la práctica clínica	NI futuras
9. ¿Qué tipo de información necesita para su práctica clínica diaria? 10. ¿Qué trastorno(s) psiquiátrico(s) ha tratado recientemente?	11. ¿Cuál es su pronóstico sobre los trastornos psiquiátricos que se presentarán en los siguientes años en México?
12. ¿Sobre qué temas recibe información?	13. De los trastornos que usted menciona con mayor frecuencia en la práctica clínica, ¿sobre cuáles le gustaría recibir información?
NI derivadas de lo que investiga	NI derivadas de lo que le gustaría investigar
14. ¿Sobre qué temas investiga?	15. ¿Sobre qué temas le interesaría investigar?

Variable 4. Fuentes de información

a. Fuentes de información preferidas	a. Problemas para acceder a la información	
16. ¿En qué fuentes de información apoya su práctica clínica?	17. ¿Quiénes deben tener acceso a la información?	
b. Personas de las que recibe	b. Personas que tienen acceso	b. Personas con quienes analiza
19. ¿De qué persona o servicio recibe información de los pacientes?	20. ¿Quiénes deben tener acceso a la información?	21. ¿Con quién(es) analiza o revisa los casos de sus pacientes?
c. Bases de datos que consulta	c. Revistas que consulta	c. Libros electrónicos
23. ¿Qué bases de datos consulta? 24. ¿Usted ha utilizado bases de datos de libre acceso?	26. ¿Cuáles son las revistas especializadas que usted consulta habitualmente?	29. ¿Usted consulta habitualmente libros electrónicos?

Variable 5. Conciencia de la información

Disponibilidad	Medios		
30. ¿Hay información disponible sobre los trastornos psiquiátricos que se presentarán en los siguientes años en México?	32. ¿A través de qué medio usted prefiere tener acceso a la información?		

En caso afirmativo 31. ¿Dónde se encuentra disponible?			
a. Fuente de información preferida	b. Personas con quienes analiza	c. Bases de datos que consulta	c. Revistas que consulta
18. ¿Tiene fuentes de información preferidas? En caso afirmativo, ¿cuáles son?	22. ¿Con qué propósitos usted analiza o revisa los casos de sus pacientes con otros colegas u otros especialistas?	25. ¿Para qué las consulta? (las bases de datos)	27. ¿Qué clase de artículos son sus preferidos? 28. ¿Para qué los consulta?

Variable 6. Valoración (fiabilidad y utilidad)

Satisfacción	Autovaloración de sus habilidades
33. ¿Cumplen sus expectativas las fuentes de información disponibles en el lugar donde labora?	34. ¿Cómo valora sus habilidades para realizar búsquedas en fuentes electrónicas de información?

i. Validación interna del ERI

La validación interna del ERI la realizó un grupo de tres especialistas en metodología de estudios de usuarios y que poseen una formación en Bibliotecología y Estudios de la Información, y forman parte del Comité Tutorial de la presente investigación. Su trabajo consistió en discriminar las preguntas de la entrevista según las variables del modelo de Leckie *et al.* (1996), efectuar una redacción clara y pertinente sobre las preguntas contenidas en la encuesta, así como realizar comentarios convenientes sobre la elaboración de gráficas para poder ver representados los resultados.

El cuestionario fue revisado por médicos del Centro de Salud Mental de la Universidad Nacional Autónoma de México (CSMUNAM), donde se entrevistó a psiquiatras clínicos para enriquecer el cuestionario tomando en cuenta sus comentarios y sugerencias; lo anterior se vio optimizado con las observaciones puntuales y específicas del personal de investigación del Centro.

ii. Análisis cuantitativo

Los resultados fueron analizados con el método de análisis de estadística descriptiva, al respecto Johnson (2003) indica que:

La estadística es el lenguaje universal de las ciencias (...) El uso cuidadoso de los métodos estadísticos nos permitirá obtener información precisa de los datos. Estos métodos incluyen: 1, Definir cuidadosamente la situación; 2, Recopilación de datos; 3, Resumir con exactitud los datos, y, 4, Derivar y comunicar conclusiones significativas. (...) La estadística descriptiva (...) incluye la recolección, presentación y descripción de datos de la muestra (pp. 5-6).

Entre las actividades que desempeña el profesional de la información en la biblioteca, emergen datos para cuya comprensión deben interpretarse en su justa dimensión.

De acuerdo con Hernon (1989), la estadística es empleada en las bibliotecas o centros de información en la toma de decisiones para

- Para fomentar la aplicación de un juicio crítico a la bibliografía de gestión de bibliotecas que implica el uso de estadísticas.
- Relacionar los conceptos y métodos estadísticos fundamentales con los problemas gerenciales de las bibliotecas y la literatura publicada.
- Para facilitar la comprensión de tablas estadísticas y explicaciones en la literatura publicada. (p. xv)

La estadística descriptiva que se aplicó en esta investigación consistió en la codificación de los datos y cruce de información en *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), y la representación de gráficas por medio de diagramas de barras en Excel y Google con la verificación de los resultados con expertos en estadística.

iii. Validación de la consistencia del ERI

La validación de la consistencia del ERI se ejecutó a través de la prueba de Alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad del instrumento; de acuerdo con Oviedo y Campo

(2005):

El coeficiente alfa fue descrito en 1951 por Lee J. Cronbach. Es un índice usado para medir la confiabilidad del tipo consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados. En otras palabras, el alfa de Cronbach es el promedio de las correlaciones entre los ítems que hacen parte de un instrumento. También se puede concebir este coeficiente como la medida en la cual algún constructo, concepto o factor medido está presente en cada ítem. Generalmente, un grupo de ítems que explora un factor común muestra un elevado valor de alfa de Cronbach. (p. 575)

El resultado que se obtuvo empleando la prueba de Alfa de Cronbach fue más de 0.8, ³⁹ lo que significó que el cuestionario estaba listo para la recogida de datos; la validación de la consistencia del ERI tuvo lugar gracias a la colaboración y apoyo de especialistas en el área estadística que permitieron comprender el procedimiento y el uso del software para realizarla; también el asesoramiento de profesionales del área, en no pocas ocasiones completamente desinteresado, con el único afán de contribuir al desarrollo de la investigación.

iv. Diseño de la muestra

Para obtener la muestra correspondiente de la población de estudio, se decidió trabajar con una distribución binomial basada en el hecho de que dos de los grupos representados son excluyentes mutuamente (MPB y MR). El tamaño de la muestra resultó de: ⁴⁰

$$n = \frac{Z^2 S^2}{E^2}$$

³⁹ Para más información sobre la validación de la consistencia del ERI por medio del Alfa de Cronbach, véase el Anexo E.

⁴⁰ c.f. Rojas Soriano (2010, p. 303) sobre el procedimiento para calcular el tamaño de la muestra.

Sustituyendo:

$$n = \frac{(.80)^2 (.44)^2 (.56)^2}{(0.03)^2}$$
$$n = \frac{0.64 \times 0.1936 \times 0.3136}{0.0009} = 43.173$$

El 43.173 es la muestra que sería necesaria para estudiar la población, sin embargo, se decidió excederse en el tamaño de la muestra hasta llegar a 97 médicos, con el propósito de tener una certitud más amplia del estudio, dado que es una tesis doctoral. Una vez realizado este paso, se tomó una muestra estratificada, debido a que hay grupos diferentes en la población. El procedimiento para distribuir de manera el total de médicos encuestados (97) entre las categorías de médicos por rol fue el siguiente: primero se obtuvo el porcentaje de cada categoría de médicos en relación con la población total (225 médicos). (Véase tabla 2)

Tabla 2. Porcentaje de médicos por categoría

Categorías de médicos	Población total	Porcentaje de las categorías
MPB	37	16.44%
MPC	36	16%
MR	152	67.55%
	225	100%

El segundo paso consistió en determinar la cantidad de sujetos que correspondían a la muestra obtenida (97 médicos) para cada categoría, de acuerdo con los porcentajes obtenidos en la población total (Ver tabla 3).

Tabla 3. Cantidad de médicos por categoría

Categorías de médicos	Muestra estratificada	Número de médicos por categoría
MB	15.9468	16
MC	15.52	16
MR	65.5235	65
	96.9903	97

Dado que se trataba de sujetos, se redondearon las cantidades; asimismo, se procuró que en la aplicación de los cuestionarios estuvieran incluidos médicos de los tres escenarios; sin embargo, esto no fue posible debido a que cada escenario tenía diferentes categorías de médicos; al respecto, en el escenario dos no había médicos residentes. También se observó que el porcentaje de médicos en cada escenario era diferente; en el escenario tres la población de médicos era más densa que en los escenarios uno y dos; debido a ello, la cantidad de médicos encuestados fue mayor. Cabe mencionar que los sujetos de la muestra estratificada fueron seleccionados de manera aleatoria.

Tabla 4. Médicos encuestados por escenario

Escenarios	MPB	MPC	MR	Total de médicos encuestados por escenario
HHTA	4	4	10	18
HSRM	4	4		8
INPRFM	8	8	50	66
Totales	16	16	60*	92

En la tabla 4 se indica el número de médicos por categoría de rol que serían encuestados en cada uno de los escenarios. Cabe mencionar que sólo fue posible encuestar a sesenta médicos residentes, ya que, por diferentes circunstancias de índole laboral y administrativa, cinco de ellos no devolvieron los cuestionarios.

3.1.5.2 Instrumento Entrevista a Profundidad sobre Comportamiento Informativo [EPCI]

En la fase 2 de la investigación, se empleó la Entrevista a Profundidad sobre Comportamiento Informativo [EPCI], donde se abordaron situaciones relacionadas con la búsqueda y con los conocimientos para buscar y evaluar información de necesidades de información que surgen en la práctica clínica. La EPCI consta de situaciones que se diseñaron tomando como base el modelo de Leckie *et al.* (1996) y las normas de la *American of College Research Libraries* (ACRL, 2004). Esto es porque el objetivo fue obtener evidencias de manera focalizada sobre las habilidades, criterios de valoración y procesos relacionados con la búsqueda de información bibliográfica de los médicos psiquiatras.

i. Variables

A continuación, se detallan las situaciones que se diseñaron para realizar el instrumento. Es importante mencionar que, debido a la interacción natural que se lleva a cabo en la entrevista, en la cual se mezclan los temas, se introducen otras ideas, se reiteran frases, se enfatizan palabras. Las variables se pueden presentar en uno o más momentos de la entrevista; debido a ello, el guion sólo propone una secuencia de temas a abordar.

Variable 2. Necesidades de información

Objetivo: Identificar las necesidades de información que surgen de las dudas o preguntas en la práctica clínica del médico psiquiatra (MP).

Descripción de la situación: Se le plantea la situación: ¿qué preguntas o dudas surgen de parte suya, del paciente o de sus colegas?

Resultados esperados: Lista de necesidades de información relacionadas con la variable 2.

Variable 3: Búsqueda de información

Objetivo: Identificar las estrategias de búsqueda que emplean los MP cuando tienen una necesidad de información difícil.

Descripción de la situación: Se le pidió al MP que señalara un caso difícil de un paciente en la práctica clínica. Se le solicitó al MP que narrara detalladamente el proceso de búsqueda de información que siguió para atender dicho caso. Se le solicitó que indicara qué tipo de palabras clave usó, y que explicara si usó un vocabulario específico de la disciplina. Se le solicitó que hiciera hincapié en sus estrategias de búsqueda en sistemas de recuperación de la información (por ejemplo, si buscó por autor, título o por tema), así como que indique qué hizo en caso de no encontrar información sobre el tema.

Resultados esperados: Se esperó obtener una lista de argumentos relacionados con la variable 3; por ejemplo: consultó el índice de términos; usó operadores booleanos, etcétera.

Variable 4. Fuentes de información

Objetivo: Identificar los recursos de información que relaciona el MP con una pregunta o duda.

Descripción de la situación: Se le planteó la situación: si un paciente le hace una pregunta sobre el trastorno que padece, y usted no sabe qué contestar ¿qué hace? Se le pidió que explicara ampliamente qué recursos usó, detallando el por qué hizo uso de esos recursos y no de otros.

Resultados esperados: Lista de argumentos relacionados con la variable 4.

Variable 5. Conciencia de la información

Objetivo: Identificar las fuentes de información directas o indirectas que tiene en mente el MP ante una pregunta o duda.

Descripción de la situación: Ante una pregunta o duda durante la práctica clínica, se le solicitó que detallara los sistemas de información que conoce (bases de datos) y cuál de ellos le pareció mejor y por qué; por último, se indagó si tenía comunicación personal con sus colegas o a través de las redes sociales.

Resultados esperados: Lista de argumentos relacionados con la variable 5.

Variable 6. Valoración (fiabilidad y utilidad)

Objetivo: Identificar la valoración que realiza el MP para identificar sus fuentes de información para redactar artículos científicos.

Descripción de la situación: Se plantearon preguntas del tipo ¿Qué parte considera usted más difícil cuando escribe acerca de la revisión de la literatura (estado del arte) en un artículo de investigación?, ¿cómo valora usted la fiabilidad en un libro, revista, autor o documento?, ¿cómo puede diferenciar una fuente auténtica de otra que no lo es?

Resultados esperados: Se esperó obtener una lista de criterios para valorar la información de forma experta y crítica; por ejemplo: “Veo las referencias bibliográficas”, etcétera.

La validación consistió en la implementación del instrumento EPCI a una persona y analizando las respuestas proporcionadas.

ii. Proceso de compilación de datos y selección de participantes.

Esta fase consistió en la selección de un médico de cada categoría considerando a aquellos que habían demostrado tener un perfil más completo, ya que realizaban labores clínicas, docentes y de investigación. Para realizar las entrevistas, se solicitó un oficio de presentación de parte de la Coordinación del Posgrado en Bibliotecología y Estudios de la Información y se acordaron las citas con los médicos seleccionados. Por ello, los médicos firmaron una carta de consentimiento informado, donde se hacía mención de los objetivos de la investigación y de su participación voluntaria para grabar en audio la entrevista.

Para registrar los diálogos, se empleó la grabación del audio y se tomaron notas relevantes sobre sus actividades. La entrevista con el médico residente se llevó a cabo en los lugares de trabajo habituales del médico.

iii. Método de análisis de datos: Método etnográfico de la comunicación (MEC)

Para analizar el corpus lingüístico obtenido a través de la EPCI, se aplicó el MEC. Saville-Troiike (2003) señala que la etnografía es un campo de estudio que se ocupa principalmente de la descripción y análisis de la cultura; la lingüística es una disciplina que trata, entre otras cosas, de la descripción y el análisis de los códigos del idioma (p. 1). El MEC cuenta con las siguientes unidades de análisis (Saville-Troiike, 2003, p. 1):

- La situación comunicativa. Es el contexto en el que tiene lugar el fenómeno comunicacional. Esta puede referirse a uno o varios escenarios, también puede

comprender varias actividades realizadas en uno o varios momentos; por ejemplo, una fiesta o reunión de trabajo.

- El evento comunicativo. Este se determina por cada uno de los propósitos específicos que completan una tarea; por ejemplo, la selección del tema. En el evento los participantes comparten el mismo tópico de diálogo, las reglas de interacción y el mismo escenario. Asimismo, los eventos pueden ser discontinuos, puesto que en ocasiones son interrumpidos o suspendidos por otros acontecimientos; por ejemplo, cuando recibimos una llamada en medio de una conversación.
- El acto comunicativo se refiere a las interacciones específicas; por ejemplo, hacer una broma o presentar un argumento. Estas incluyen tanto manifestaciones verbales como no verbales, puesto que los silencios y la expresión corporal son parte de los actos comunicativos. A partir de la identificación de los actos comunicativos es posible inferir los procesos cognitivos que llevan a cabo los individuos al resolver un problema, de tal forma que el conjunto de actos refleje los procesos de apropiación (Saville-Troike, 2003, pp. 23-24).

Es importante mencionar que este método ya ha sido implementado en investigaciones sobre el comportamiento informativo en México (Vega, 2009; Martínez, 2013). De acuerdo con Vega (2009):

A partir del MEC es posible elaborar esquemas comprensivos de las situaciones, los eventos y los actos comunicativos identificados, así como de sus frecuencias; también se puede elaborar un esquema integral jerárquico donde pueden observarse tanto la dinámica como las interrelaciones de las situaciones, los eventos y los actos comunicativos. (p. 86)

En esta investigación, se pretende aplicar el MEC para obtener evidencias sobre las habilidades, criterios de valoración y procesos relacionados con la búsqueda de información bibliográfica, a partir del análisis que emplearon los médicos entrevistados con el

instrumento EPCI. En la presente investigación, las unidades de análisis se representan de la siguiente forma:

- Situación comunicativa. Ésta se define por las áreas de trabajo de los médicos participantes, las cuales pueden ser el consultorio del médico, la sala de espera, etcétera. También se considerarán los recursos de información electrónicos o impresos que estén disponibles en su lugar de trabajo.
- Evento comunicativo. Los eventos se identifican con los propósitos específicos que refiere el médico. Para poder denominarlos, se usaron verbos en infinitivo. Cada evento se divide en unidades de diálogo. Cada unidad puede ser relacionada con uno o más eventos. Es necesario precisar que en una misma unidad del diálogo puede haber propósitos diferentes y, por lo tanto, eventos diferentes. También algunos de los verbos pueden ser ambiguos, lo que implica analizar el contexto general del diálogo para determinar el propósito al que se refiere el médico entrevistado.
- Acto comunicativo. Los actos comunicativos se establecen en relación con las acciones específicas que realizó el médico para encontrar la información que buscaba. En una misma unidad del diálogo puede haber uno o más verbos que indiquen acciones distintas. También algunos de los verbos pueden ser ambiguos, lo que implicará analizar los propósitos identificados en el evento comunicativo.

Para distinguir las unidades de análisis, se empleó la siguiente numeración (Vega, 2009): números romanos para las situaciones comunicativas, letras mayúsculas para los eventos comunicativos y números arábigos para los actos comunicativos.

Fase III. Triangulación metodológica

En el transcurso de una investigación, surge un cúmulo de información cuya confiabilidad y consistencia de datos el investigador está obligado a asegurar; una manera de hacerlo es mediante la triangulación de los datos obtenidos. Al respecto, Stake (2013) señala que “el investigador cualitativo está interesado en la diversidad de percepción, incluso en las

múltiples realidades en las cuales viven los individuos. La triangulación ayuda a identificar las diferentes realidades” (p.176).

Para Denzin (1970), “la triangulación es el uso de métodos múltiples en el estudio de un mismo objeto”. Este concepto surge de estudios previos (Campbell, D. T. y Fiske, D. W. 1959; Webb, E. J; Campbell, D. T; Schwartz, R. D; Sechrest, L., 2000), donde se le llamaba *Multitrait-Multimethod Matrix* o *Triangulation of Measurement Processes* (p. 301).

Con el antecedente de la enunciación de Denzin (1970), otros autores consideran que la triangulación “es la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos o investigadores en el estudio de un solo fenómeno” (Kimchi, Polivka y Stevenson, 1991, p. 364); o “la combinación de métodos múltiples en un estudio del mismo objeto o evento para representar con mayor precisión el fenómeno investigado” (Cowman, 1993, p. 788). Conforme a Denzin (1970), hay cuatro tipos de triangulación:

- Triangulación de los datos (tiempo, espacio y persona).
- Triangulación del investigador (observadores múltiples contra observadores únicos).
- Triangulación teórica (perspectiva múltiple contra perspectiva única en relación al mismo grupo de objetos de estudio).
- Triangulación metodológica (dentro del método de triangulación y entre el método de triangulación (p. 301).

Para Denzin (1970), se pueden observar dos formas de triangulación metodológica,

La primera es la triangulación dentro del método, que es más frecuentemente empleada cuando las unidades observacionales son vistas como multidimensionales. El investigador toma un método (la encuesta) y emplea múltiples estrategias dentro de ese método para examinar sus datos. Una [segunda] forma mucho más certera de método de triangulación que combina métodos diferentes para medir la misma unidad, es lo que yo llamo entre o a través de la triangulación del método. La razón de ser de esta estrategia es que los defectos de un método suelen

ser las fortalezas de otro, y mediante la combinación de métodos, los observadores pueden lograr lo mejor de cada uno, superando sus deficiencias únicas (pp. 307-308).

Kimchi *et al.* (1991) complementan la concepción de la triangulación metodológica retomando a Denzin (1989), cuando señalan que:

La triangulación dentro de los métodos se define como la combinación de dos o más enfoques de recolección de datos similares en el mismo estudio para medir la misma variable. El uso de dos o más medidas cuantitativas del mismo fenómeno en un estudio es un ejemplo. La inclusión de dos o más enfoques cualitativos como la observación y una entrevista abierta para evaluar el mismo fenómeno también se considera dentro de los métodos de triangulación. Los datos observacionales y los datos intermedios se codifican y analizan por separado, luego se comparan como una forma de validar los hallazgos. La triangulación entre los métodos es el uso de un enfoque de medición cualitativa y un enfoque de recolección de datos cualitativos en un estudio para medir la misma unidad (p. 365).

Para ahondar sobre la triangulación entre los métodos, Kimchi *et al.* (1991) mencionan el estudio de Dixon (1986) que trata sobre la ayuda en el comportamiento de adolescentes negros:

Los datos cuantitativos se obtuvieron utilizando las ‘The Family Environment Scales’ (FES) que miden las relaciones, el desarrollo personal y la conservación o cambio en el entorno familiar. Se recopilaron datos de entrevistas (datos cualitativos) para explorar los mismos conceptos y para aumentar la información obtenida a través de la FES (p. 365).

Para fines de esta investigación, se corroboró la consistencia de los resultados obtenidos en el ERI con lo obtenido por el EPCI (triangulación), ya que se incluyeron enfoques cuantitativos, como la encuesta, en una población de 92 médicos psiquiatras, y enfoques cualitativos, como la entrevista, al seleccionar a tres médicos con un perfil completo (clínico, docente e investigador) para analizar el mismo fenómeno, comportamiento informativo y concluir con la validación de los datos.

Capítulo 4. Resultados por rol

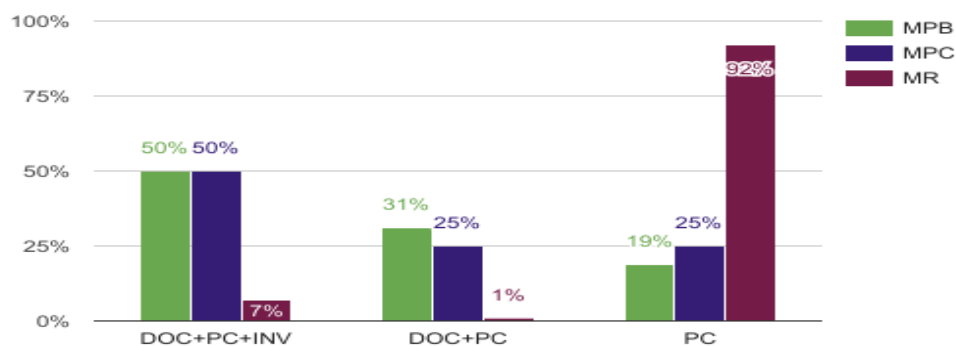
En este capítulo se presentan los resultados de las encuestas realizadas (ERI y EPCI) a los médicos psiquiatras conforme al rol que desempeñan en la institución donde laboran: médicos psiquiatras de base (MPB), médicos psiquiatras de confianza (MPC) y médicos residentes (MR).

4.1 Resultados por rol de los médicos psiquiatras de base (MPB), médicos psiquiatras de confianza (MPC) y médicos residentes (MR).

4.1.2 La práctica clínica y los roles laborales

En la gráfica 1 se muestra el perfil de los médicos en cuanto a sus actividades de docencia, práctica clínica e investigación.

Gráfica 1. Perfil médico



Nota: DOC: Docencia. PC: Práctica clínica. INV: Investigación. Fuente: Elaboración propia.

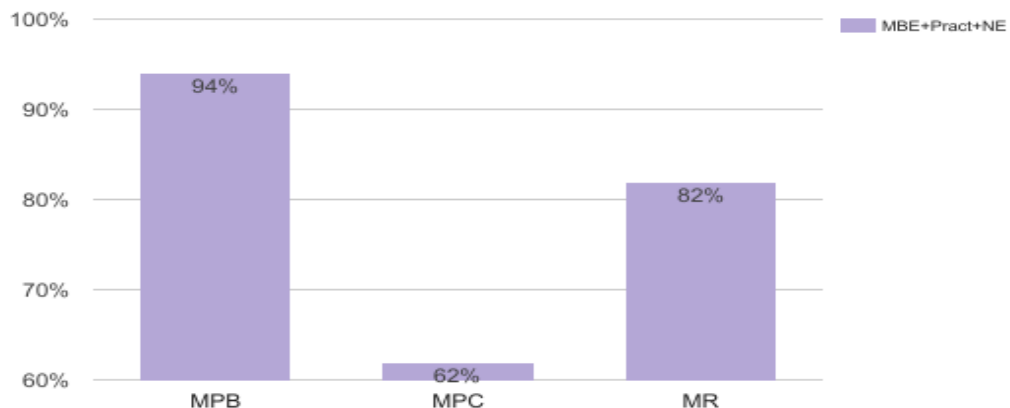
El 50% (8 médicos) de los MPB y 50% (8 médicos) MPC realizan las tres actividades, es decir cuentan con un 'perfil completo' o de investigador, como lo menciona Zárte (1985). Cabe indicar que el 7% (4 médicos) de los MR también reúne este perfil; sin embargo, los que realizan investigación trabajan temas relacionados con sus tesis

profesionales, como se verá más adelante.⁴¹ El 92% (55 médicos) de MR efectúa exclusivamente práctica clínica, y solo 1% (1 médico) también realiza docencia y práctica clínica.

A partir de los resultados, se detecta que los médicos de confianza tienen un perfil ‘incompleto’, ya que 25% (4 médicos) reportaron realizar sólo actividades de docencia y práctica clínica; dos MPB (12%) y cuatro MPC (25%) pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) en el nivel 1.

La medicina basada en evidencia (MBE) desempeña una función relevante en la práctica clínica del médico; las respuestas sobre si conocen y practican los niveles de evidencia de la MBE se presentan en la gráfica 2.

Gráfica 2. MBE



Nota: MBE+Pract+NE= Conocen y practican los niveles de evidencia Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 2 se observa que la categoría de médicos que más conoce y practica la medicina basada en evidencias es la de médicos de base (94%, que corresponde a 15 médicos); seguida de los MR (82%, que corresponde a 49 médicos); el porcentaje más bajo

⁴¹ Se recuerda que los MR se encuentran realizando su especialidad en Psiquiatría en los hospitales o instituciones donde también laboran.

fue para los MPC, quienes representan el 62% (9 médicos).

4.1.3 Necesidades de información

Como ya se ha mencionado (Leckie *et al.*, 1996), las necesidades de información son dinámicas; de acuerdo con ello, en la tabla 5 se presentan las respuestas de los médicos sobre sus necesidades de información presentes y futuras, conforme a su experiencia en la práctica clínica.⁴²

Tabla 5. Necesidades de información derivadas de la práctica clínica y previsión de las NI futuras

Trastornos mentales	MPB		MPC		MR	
	Presente	Futuro	Presente	Futuro	Presente	Futuro
Depresión	94%	100%	100%	100%	97%	92%
Trastornos de ansiedad	94%	100%	100%	95%	97%	92%
Esquizofrenia	81%		95%		83%	
Trastorno bipolar	69%		94%		85%	
Trastorno de la personalidad	75%		100%		92%	
Psicosis	75%		94%		77%	
DAA			87%			
Control de impulsos			75%			
Enf. geriátricas (demencias)		94%		100%		77%
Adicciones		100%		94%		80%
Trastorno de estrés postraumático		94%		94%		
Estrés				100%		
TAIE*				81%		

Nota: DAA= Déficit de atención en adultos TAIE= trastornos afectivos internalizados y externalizados.

Fuente: Elaboración propia.

⁴² El listado se deriva de las preguntas número 10 y 11 del ERI.

En la tabla 5 se puede observar que los padecimientos que los MPB, MPC y MR tratan actualmente en la práctica clínica tienen una coincidencia con dos trastornos que prevén se tratarán en el futuro, que son depresión y trastornos de ansiedad. Todos los médicos coinciden en que los trastornos que se presentan en el presente, pero que prevén que no se presentarán en el futuro, son esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad y psicosis.

Todos los médicos consideran que las adicciones y las enfermedades geriátricas (demencias) son trastornos que no se presentan continuamente en la consulta diaria, pero que, según su perspectiva, aumentarán en los próximos años en México. Así, el trastorno de estrés postraumático fue señalado por los MPB (94%, 15 médicos) y por los MPC (94%, 15 médicos); los trastornos afectivos internalizados y externalizados sólo fueron mencionados por los MPC (81%, 13 médicos).

En relación con los dos trastornos que se mencionaron con mayor frecuencia (depresión y trastornos de ansiedad), se les preguntó si recibían o estaban interesados en recibir información; las tres categorías de médicos señalaron que reciben información sobre los dos padecimientos y también que les interesa seguir recibéndola (Ver tabla 6).

Tabla 6. Temas que recibe o que le gustaría recibir al médico psiquiatra

Temas	MPB		MPC		MR	
	Recibe inf.	Le gustaría recibir inf.	Recibe inf.	Le gustaría recibir inf.	Recibe inf.	Le gustaría recibir inf.
MBE*	75%	6%	56%	6%	53%	55%
Guías de práctica clínica	69%	6%	75%	6%	60%	58%
Métodos diagnóstico	62%	6%	81%	6%	42%	45%
Tratamientos nuevos	81%	6%	56%	6%	53%	68%
Trastornos del sueño	56%	6%	37%		28%	45%
Trastorno bipolar	25%	6%	56%		48%	28%
Depresión	75%	12%	87%	6%	65%	48%
Delirium	62%		50%	6%	32%	33%
Adicciones	31%	6%	56%		45%	43%
Psicofarmacología	56%	6%	50%	6%	52%	45%
Trastornos de ansiedad	37%	12%	50%	6%	50%	40%
Demencia	62%	6%	75%	6%	38%	45%
Psicosis	75%	6%	81%	6%	45%	48%

Nota: MBE*= Medicina Basada en la Evidencia.

Fuente: Elaboración propia.

Cabe señalar que, además de estos padecimientos, los médicos mencionaron otros trastornos sobre los que reciben y les gustaría recibir más información; los más sobresalientes fueron tratamientos nuevos, MBE, psicosis, guías de práctica clínica, métodos diagnósticos, delirium y demencia, entre otros. Las excepciones son para los casos de delirium, acerca de los cuales los MPB no están interesados en recibir más información; sobre los trastornos del sueño y el trastorno bipolar y las adicciones, a los MPC no les interesa recibir más información.

También se preguntó a los médicos si estaban investigando o les gustaría investigar sobre depresión y trastornos de ansiedad, que son los dos trastornos que se presentan en la clínica de manera más frecuente (Ver respuestas en la tabla 7). Al igual que en la pregunta anterior, los médicos mencionaron otros trastornos, mismos que se incluyen en la tabla 15 para presentar un panorama más completo de sus preferencias.

Tabla 7. Temas que investiga o le gustaría investigar al médico psiquiatra

Temas	MPB		MPC		MR	
	Investiga	Le gustaría investigar	Investiga	Le gustaría investigar	Investiga	Le gustaría investigar
Demencia					2%	18%
Psicosis					2%	38%
Trastornos afectivos				6%	12%	33%
Aspectos metabólicos					2%	15%
Psicofarmacología					2%	25%
Psicoterapia de grupo					2%	5%
Trastorno límite					3%	15%
Estrés					2%	10%
Depresión			12%	6%	7%	12%
Trastornos de ansiedad			12%	6%	5%	12%
Trastorno bipolar	6%		12%			
Esquizofrenia	6%		6%	6%		
Autismo	6%	6%				

Fuente: Elaboración propia.

Lo que se observa en esta tabla es que los MR son quienes muestran un mayor interés por investigar en el presente y en el futuro. Los trastornos que sólo un MPB (6%) investiga en el presente son farmacodependencia, perfil psicopatológico en hijos de padres con y sin trastorno bipolar, reconocimiento de la expresión facial de la emoción y eficacia de la intervención psicoterapéutica, evaluación del trastorno del sueño, diagnóstico geriátrico y síndrome poscaída, cognición social y genética.

Al igual que en el caso anterior, los trastornos que investiga sólo un MPC (6%) son desarrollo psicológico, neuropsicoanálisis y trastornos de la personalidad, psicopatía, parafilias, agresores sexuales, conducta antisocial y psiquiatría forense, percepción y experiencia de la enfermedad, problemas de salud mental en niños y adolescentes, resiliencia, neurodesarrollo y trastorno de déficit de atención por hiperactividad, atención primaria en salud mental, imágenes cerebrales, adicciones y estimulación magnética transcraneal.

Tanto la depresión como los trastornos de ansiedad identificados en la práctica clínica obtuvieron un porcentaje de 12% (2 médicos); en el caso de los MPC, también mencionaron que les gustaría realizar investigación de los mismos temas en un futuro (6%, 1 médico). Los MR señalaron que les gustaría seguir investigando sobre los mismos trastornos que actualmente investigan.

Otros temas que le gustaría investigar a sólo un MPC, pero que no se muestran en la tabla 15, son trastorno disocial en la infancia, genética y polimorfismos de la enfermedad mental, perfil psicopatológico en hijos y padres con y sin esquizofrenia, y perfil psicopatológico en hijos y padres con y sin emociones prosociales, el sueño en pacientes con trastornos psiquiátricos, temas psicogeriatricos, estudios longitudinales de esquizofrenia y estudios longitudinales de cohortes.

En el caso de los MPC, los temas que les gustaría investigar en el futuro y que no se muestran en la tabla 15 son neuropsicoanálisis, parafilias y agresores sexuales, psiquiatría transcultural en indígenas, climaterio, indicadores tempranos de problemas de salud, desarrollo normal y poblaciones en alto riesgo, modelos de atención primaria, atención psicológica y psiquiátrica en desastres e intervenciones psicoterapéuticas breves y nuevas terapias de estimulación cerebral. Al igual que en el caso anterior, sólo hubo un médico por trastorno.

Al cruzar los datos de las tablas 5, 6 y 7, se identifica que la depresión y los trastornos de ansiedad son temas que están presentes en la práctica clínica en las tres

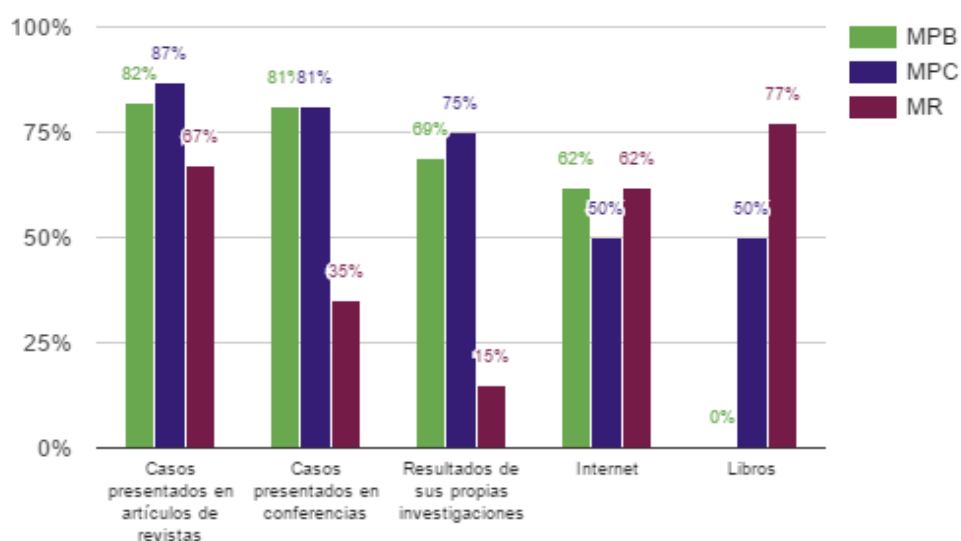
categorías, y las tres reciben y están interesadas en recibir más información. Sin embargo, sólo realizan investigación y desean continuarla los MPC y los MR.

El trastorno bipolar también está presente en la práctica clínica en las tres categorías y también reciben y desean seguir recibiendo información sobre el tema, excepto para los MPC que nos les gustaría recibir información, pero sólo lo investigan los MPB (6%, 1 médico) y los MPC (12%, 2 médicos) y no desean continuar investigando; la psicosis es otro padecimiento que se presenta en la práctica clínica en las tres categorías y reciben y quieren seguir recibiendo información sobre el tópico, aunque únicamente la investigan y aspiran a seguir investigando los MR.

4.1.4 Fuentes de información

Esta sección se divide en tres apartados; en el primero se preguntó sobre las preferencias en las fuentes de información documental; en el segundo, sobre aspectos específicos de las fuentes de información personales; y en el tercero, sobre las fuentes de información documental. Sobre la primera pregunta, en la gráfica 3 se presentan los resultados.

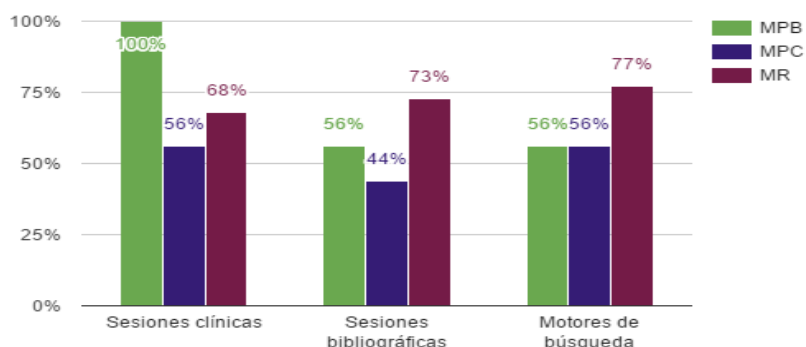
Gráfica 3. Fuentes de información



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 3 se observa que los casos presentados en artículos de revistas y en conferencias son los que obtuvieron el mayor porcentaje de respuestas por los MPB (82%, y 81% respectivamente) y MPC (87% y 81% respectivamente). Los libros como fuentes de información son mencionados con mayor frecuencia por los MR (77%), quienes en contraparte mencionan con menor frecuencia el uso de sus propias investigaciones (15%). Otras fuentes de información documental están mencionadas en la gráfica 4.

Grafica 4. Fuentes de información relacionadas con la residencia



Fuente: Elaboración propia.

De la gráfica 4 nos llama la atención el hecho de que los MPB consideran muy importantes las sesiones clínicas como fuentes de información (100%); para los médicos residentes también tienen relevancia, aunque en menor proporción (68%). Este tipo de reuniones, donde se abordan temas específicos sobre la práctica clínica y la bibliografía correspondiente a los temas a tratar, tienen singular importancia para los médicos residentes porque es ahí donde pueden surgir dudas, aclaraciones o acercamientos más profundos sobre algún paciente en particular; otras fuentes de apoyo que mencionan los MPB, MPC (56%) y MR (77%) son los motores de búsqueda.

b) Fuentes de información personal

El expediente clínico del paciente se conforma de diversas fuentes informativas, de las que sobresalen las fuentes personales, tales como pacientes, familiares del paciente y los

médicos especialistas del instituto u hospital (Ver tabla 8).

Tabla 8. Recepción y acceso al expediente clínico

Personas	MPB		MPC		MR	
	De quién recibe	Quién tiene acceso	De quién recibe	Quién tiene acceso	De quién recibe	Quién tiene acceso
Médicos especialistas del instituto u hospital	81%	100%	87%	100%	92%	100%
Enfermeras	87%	87%		94%		67%
Médicos residentes		87%	75%	100%	73%	92%
Psicólogos	87%	100%	75%	100%	60%	93%
Trabajadoras sociales		100%		100%	60%	70%
Neuropsicólogo		94%	75%	87%		70%
El paciente	94%		81%		85%	
Familiares del paciente	94%		81%		85%	
Médicos Internistas	81%	94%	69%	100%		58%
MEOI*	81%					

Nota: MEOI*= Médicos especialistas de otras instituciones. Fuente: Elaboración propia.

Conforme a la tabla 8, todos los médicos psiquiatras coinciden, en diferente proporción, en que reciben información de sus colegas, psicólogos, el paciente y familiares del paciente.

Las tres categorías de médicos coinciden en que el siguiente personal de salud debe tener acceso al expediente: psicólogos, los médicos especialistas del instituto u hospital, las enfermeras, médicos residentes, trabajadores sociales, neuropsicólogo y médicos internistas. Cabe resaltar que los MPB son los únicos que consideran que deben tener acceso al expediente los médicos especialistas de otras instituciones (MEOI).

Los resultados obtenidos en la encuesta reportan que la revisión y análisis de los casos de los pacientes es una labor cotidiana, parte del procedimiento clínico. De ahí la importancia de compartir información, discutirla, analizarla, saber diferenciar los distintos puntos de vista para que el médico tratante decida cuáles de éstos son los más adecuados para el paciente (ver tabla 9).

Tabla 9. Análisis y revisión del expediente clínico

Personas	MPB	MPC	MR
Enfermeras	87%	69%	37%
Neurólogo			35%
Psicólogos	100%	94%	43%
Trabajadoras sociales	100%	69%	42%
Neuropsicólogo	75%	75%	
Médicos Internistas	75%	75%	
MEOI*	56%	69%	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 9 se identifica a los especialistas que, de acuerdo con los médicos de las tres categorías, participan en el proceso de análisis y revisión del expediente clínico; estos son: psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras; el neuropsicólogo, médicos internistas y médicos especialistas de otras instituciones sólo se mencionan por los MPB y MPC. En menor medida, los MR mencionaron a los neurólogos.

Es interesante observar cómo la información comienza a fluir en forma abundante por parte del primer círculo que la genera (tabla 8), para luego empezar a filtrarse de acuerdo con lo que cada uno de los médicos considera más importante en la cadena comunicativa del procedimiento clínico (Ver tabla 9).

Los MPB mencionan con mayor frecuencia a las enfermeras que a los médicos internistas y los médicos especialistas de otras instituciones. Para los MPC, el neuropsicólogo desempeña una función relevante en este proceso; en el caso de los MR, los trabajadores sociales son mencionados con mayor frecuencia que el neuropsicólogo.

Los propósitos por los cuales los médicos intercambian información con otros colegas o especialistas se observan en la tabla 10.

Tabla 10. Intercambio de información

Personas	MPB	MPC	MR
Analizar dudas	100%	100%	87%
Mejor atención al paciente	100%	100%	90%
Integrar mejor un diagnóstico y tratamiento	100%	100%	87%
Confirmar información	94%	94%	82%
Saber más sobre un padecimiento	87%	81%	87%

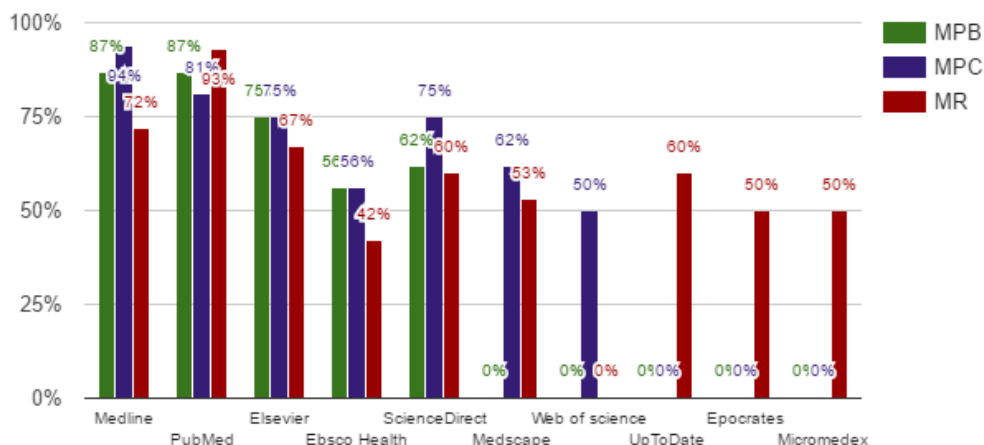
Fuente: Elaboración propia.

Acorde con la tabla 10, todos los médicos coinciden, aunque en diferente proporción, en que los propósitos para consultar a otros colegas son analizar dudas, mejor atención al paciente, integrar mejor un diagnóstico y tratamiento, confirmar información y saber más sobre un padecimiento.

c) Fuentes de información documental

El uso de bases de datos por parte de los profesionales de la salud mental es parte primordial en su actualización (Ver gráfica 5).

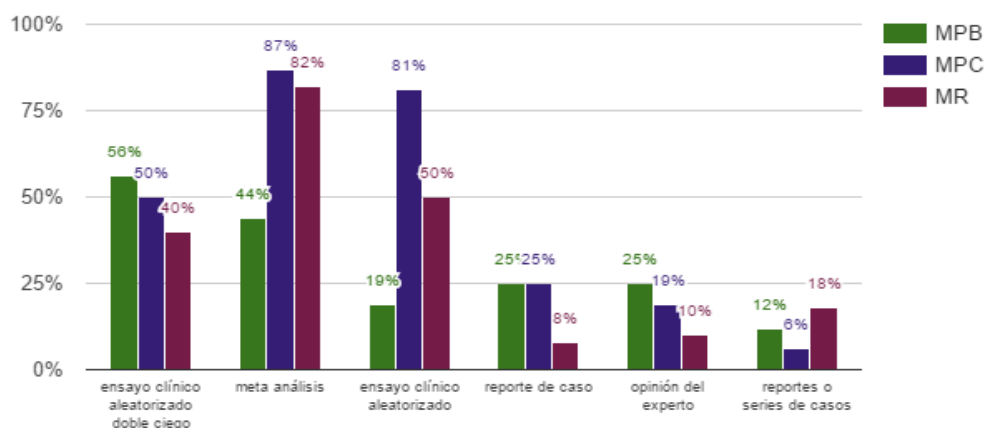
Gráfica 5. Bases de datos



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la gráfica 5, se observa que Medline, PubMed y Elsevier son las bases de datos que predominan en el gusto de los profesionales de la salud mental en las tres categorías; en menor medida se encuentran ScienceDirect y Ebsco Health. El tipo de artículos científicos que están habituados a leer los médicos psiquiatras son los metaanálisis, debido a su alto grado de eficacia (Ver gráfica 6).

Gráfica 6. Tipos de artículos



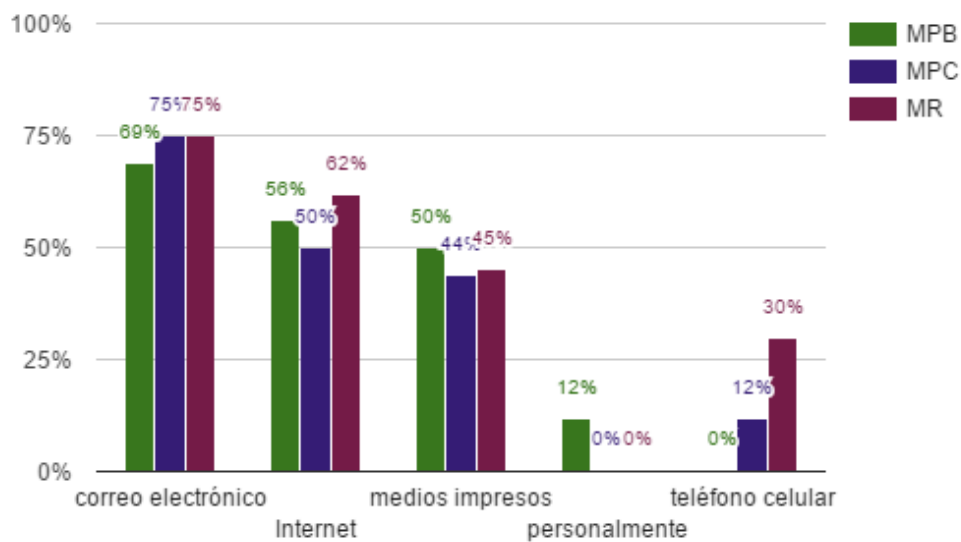
Fuente: Elaboración propia.

Otros tipos de artículos que captan la atención de los médicos son el ensayo clínico aleatorizado y el ensayo clínico aleatorizado doble ciego.

4.1.5 Conciencia de la información

Es indudable la función que desempeñan en la actualidad los medios electrónicos y la red para el área de la salud. Sobre este aspecto, en la gráfica 7 se presentan los medios preferidos por los médicos encuestados.

Gráfica 7. Medios de preferencia



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 7 se observa que todas las categorías de médicos prefieren usar medios electrónicos para comunicarse, siendo el correo electrónico el que se impone en la preferencia de estos profesionales (más del 60% de los encuestados); le siguen la Internet y los medios impresos. Es notable que las comunicaciones personales presenciales no constituyan un medio preferido por los médicos.

Los MPC consideran el teléfono celular (12%, 2 médicos) como un medio para tener acceso a la información, y los médicos residentes se pronunciaron por el uso de *Smartphone* (30%, 18 médicos).

4.2 Resultados del método etnográfico de la comunicación (MEC)

Los datos reportados se basan en las grabaciones de las entrevistas a profundidad realizadas a un MR, un MPC y un MPB considerando a aquellos que habían demostrado tener un perfil caracterizado por desempeñar los roles de investigador, docente y práctica clínica de la muestra estratificada de médicos. La entrevista a profundidad se basó en el instrumento EPCI. El escenario seleccionado para llevar a cabo las entrevistas fue en el INPRFM, debido a que ahí se encontraban mayormente representadas las tres categorías de médicos. La primera entrevista tuvo lugar en el consultorio del médico, la segunda se realizó en el despacho del médico de confianza y la tercera se efectuó en el consultorio del médico.

El análisis de las entrevistas se basó en el método etnográfico de la comunicación (MEC), a partir del cual se realizaron las aproximaciones a las situaciones, eventos y actos comunicativos. Es importante mencionar que la entrevista fue flexible y se basó en la entrevista a profundidad del comportamiento informativo (EPCI), lo que permitió que los médicos introdujeran varios tópicos en diferentes momentos. En el análisis no se consideraron las intervenciones del investigador, aunque sí se retoman en los ejemplos que se presentan en cada entrevista.

Para observar una aproximación sobre las situaciones, eventos y actos comunicativos (MEC) sobre las entrevistas con los médicos residentes (MR), médicos psiquiatras de confianza (MPC) y médicos psiquiatras de base (MPB), se elaboraron tablas (11, 12 y 13) y gráficas (24, 25 y 26) con la información detallada de los encuentros con los especialistas.

Tabla 11. Situaciones, eventos y actos comunicativos de la entrevista uno
(médico residente, MR)

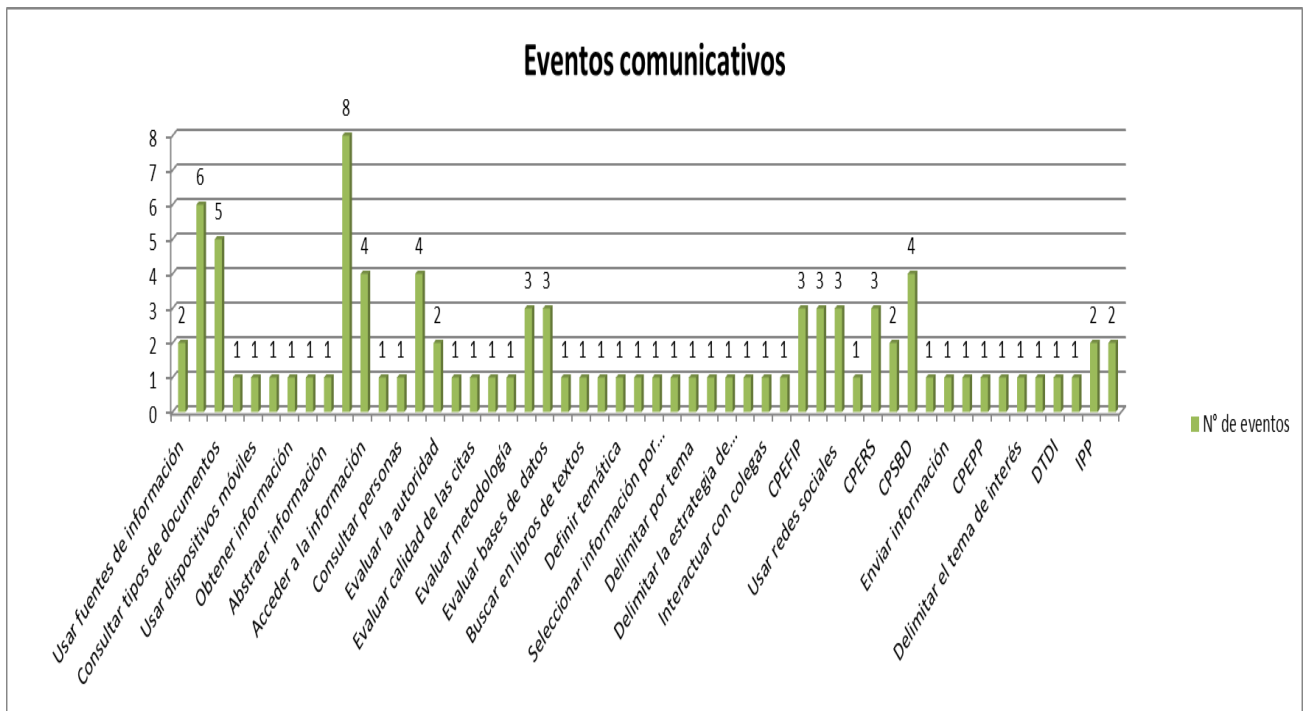
Tipos de situaciones comunicativas	Categorías de eventos comunicativos	Frecuencias de actos comunicativos
Diseñar una estrategia de búsqueda	Usar fuentes de información	2
	Buscar información	1
	Consultar tipos de documentos	5
	Aplicar criterios de evaluación	1
	Usar dispositivos móviles	1
Escritura de documentos de investigación	Escribir documentos de investigación	1
	Obtener información	1
	Filtrar información	1
	Abstracter información (verificar con seleccionar)	1
	Evaluar información	1
Encontrar artículos en txt (texto completo)	Tener acceso a la información [computadoras = bases de datos]	4
	Consultar bases de datos	1
	Consultar personas	1
Información en la práctica cotidiana	Reconocer el estado anómalo de conocimiento	1
	Buscar información	2
	Evaluar información	1
Evaluar la información	Evaluar la autoridad	2
	Evaluar factor de impacto	1
	Evaluar calidad de las citas	1
	Evaluar temática	1
	Evaluar metodología	1
	Identificar fuentes de información	1
	Evaluar bases de datos	3
Caso crítico	Identificar temática	1
	Buscar información	2
	Evaluar información	1

	Identificar fuentes de información	1
	Buscar en libros de texto	1
	Buscar artículos específicos	1
	Definir temática	1
	Aplicar estrategia de búsqueda	1
	Seleccionar información por temática	1
	Filtrar búsqueda	1
	Delimitar por tema	1
	Seleccionar información	1
Estrategias de búsqueda	Delimitar la estrategia de búsqueda	1
	Identificar tipos de documentos	1
Fuentes de información personales	Interactuar con colegas	1
	Reconocer estado anómalo del conocimiento	3
	Evaluar fuentes de información personales	1
	Criterios para evaluar fuentes de información personales	3
	Identificar fuentes personales de información	3
Medios para establecer comunicación con fuentes de información personales	Usar redes sociales	3
	Evaluar redes sociales	1
	Criterios para evaluar redes sociales	3
Evaluar fuentes de información	Usar información (frecuencia)	2
	Criterios para seleccionar bases de datos [Aquí hay una intervención del facilitador que induce la respuesta]	4
	Enviar información [Aquí la respuesta está inducida]	1
Evaluar publicaciones periódicas	----	----
Necesidades de información	Expresar necesidad de información	1
Evaluación de la información	Criterios para evaluar información	1

	Criterios para evaluar publicaciones periódicas	1
	Criterios para evaluar (Metodología)	1
	Delimitar el tema de interés	1
	Evaluar metodología de un artículo	1
	Delimitar el tema de investigación	1
	Resumir un artículo	1
Fuentes de información	Identificar fuente de información	1
	Buscar información	1
	Identificar publicaciones periódicas [Esta información está inducida]	1
Evaluar publicaciones periódicas	Identificar publicaciones periódicas	1
	Evaluar publicaciones periódicas	1
Evaluar información (revista y artículo)	Evaluar publicaciones periódicas (Prestigio - Autoridad)	1
	Evaluar información (Metodología)	1
	Evaluar información (Revistas académicas)	1
	Evaluar información (Artículos académicos) [Estos comentarios inducen las respuestas del entrevistado]	1
	Evaluar información (Artículos y publicación periódica)	1
	Evaluar información (Literatura gris)	1
Total de situaciones comunicativas 16	Total de eventos comunicativos 52	Total de acciones comunicativas 94

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 8. Número de eventos comunicativos de la entrevista uno



Nota: En la gráfica 8 aparecen únicamente 26 eventos comunicativos (Excel no permite mostrar más), pero en realidad son 52.

Los eventos comunicativos identificados se agruparon por temas generales.

Aplicar estrategias de búsqueda (AEB)

1. Usar fuentes de información
2. Buscar información
3. Consultar tipos de documentos
4. Usar dispositivos móviles
5. Obtener información
6. Tener acceso a la información
7. Consultar bases de datos
8. Consultar personas
9. Identificar fuentes de información
10. Identificar temática
11. Buscar en libros de texto
12. Buscar artículos específicos
13. Definir temática
14. Aplicar estrategia de búsqueda

15. Seleccionar información por temática
16. Filtrar búsqueda
17. Delimitar por tema
18. Seleccionar información
19. Delimitar la estrategia de búsqueda
20. Identificar tipos de documentos
21. Usar información
22. Criterios para seleccionar bases de datos
23. Enviar información
24. Delimitar el tema de interés
25. Evaluar metodología de un artículo
26. Delimitar el tema de investigación
27. Identificar publicaciones periódicas

Evaluar información (EI)

28. Aplicar criterios de evaluación
29. Filtrar información
30. Abstractar información
31. Evaluar información
32. Evaluar la autoridad
33. Evaluar factor de impacto
34. Evaluar calidad de las citas
35. Evaluar temática
36. Evaluar metodología
37. Evaluar bases de datos
38. Evaluar redes sociales
39. Criterios para evaluar redes sociales
40. Criterios para evaluar información
41. Criterios para evaluar publicaciones periódicas
42. Criterios para evaluar (Metodología)
43. Evaluar publicaciones periódicas

Sintetizar información (SI) e Integrar información (II)

44. Escribir documentos de investigación
45. Reconocer el estado anómalo de conocimiento
46. Expresar necesidad de información
47. Resumir un artículo

Comunicar información

48. Interactuar con colegas
49. Evaluar fuentes de información personales
50. Criterios para evaluar fuentes de información personales
51. Identificar fuentes personales de información
52. Usar redes sociales

Los eventos comunicativos que se presentaron con más frecuencia fueron: J. Evaluar información con ocho ocasiones, B. Buscar información con seis ocasiones, C. Consultar tipos de documentos con cinco ocasiones, N. Reconocer el estado anómalo de conocimiento (REAC), AÑ. Criterios para seleccionar bases de datos (CPSBD), K. Tener acceso a la información con cuatro ocasiones, S. Identificar fuentes de información, T. Evaluar bases de datos, AI. Criterios para evaluar fuentes de información personales (CPEFIP), AJ. Identificar fuentes de información personales (IFIP), AK. Usar redes sociales, AM. Criterios para evaluar redes sociales (CPERS) con tres ocasiones.

Tabla 12. Situaciones, eventos y actos comunicativos de la entrevista dos (médico de confianza, MPC)

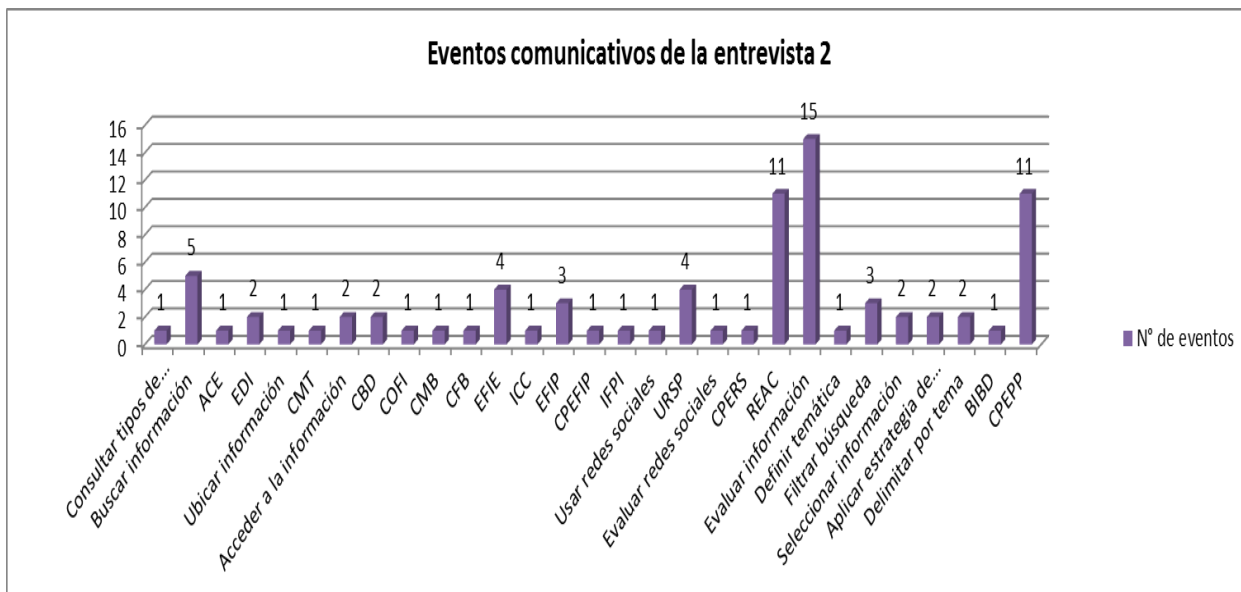
Tipos de situaciones comunicativas	Categorías de eventos comunicativos	Frecuencias de actos comunicativos
Diseñar una estrategia de búsqueda	Consultar tipos de documentos	1
	Buscar información	3
	Aplicar criterios de evaluación	1
Escritura de documentos de investigación	Escribir documentos de investigación	2
	Ubicar información	1
	Contextualizar el marco teórico	1
	Tener acceso a la información	1
Encontrar artículos en txt (texto completo)	Tener acceso a la información	5
	Usar redes sociales profesionales	1
Fuentes de información	Consultar bases de datos	2
	Consultar otras fuentes de información	1
	Consultar motores de búsqueda	1
	Usar redes sociales profesionales	1
	Consultar fuentes bibliográficas	1
	Evaluar fuentes de información electrónicas	4
Fuentes de información personales	Interactuar con colegas	1
	Evaluar fuentes de información personales	3
	Criterios para evaluar fuentes de	1

	información personal	
	Identificar fuentes personales de información	1
Medios para establecer comunicación con fuentes de información personales	Usar redes sociales	1
	Usar redes sociales profesionales	2
	Evaluar redes sociales	1
	Criterios para evaluar redes sociales	1
Información en la práctica cotidiana	Reconocer el estado anómalo de conocimiento	11
	Buscar información	1
	Evaluar información	8
	Criterios para evaluar información	6
Evaluar la información	Evaluar la autoridad	5
	Evaluar factor de impacto	1
	Evaluar información	2
	Evaluar bases de datos	1
Caso crítico	Identificar temática	1
	Seleccionar información por temática	1
	Buscar información	1
	Evaluar información	5
	Definir temática	1
	Filtrar búsqueda	3
	Seleccionar información	2
	Aplicar estrategia de búsqueda	2
	Delimitar por tema	2
	Buscar información en bases de datos	1
Evaluación de la información	Criterios para evaluar publicaciones periódicas	11
Total de situaciones comunicativas	Total de eventos comunicativos	Total de acciones comunicativas

10	36	102
----	----	-----

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 9. Número de eventos comunicativos de la entrevista dos



Nota: En la gráfica 9 aparecen únicamente 28 eventos comunicativos (Excel no permite mostrar más), pero en realidad son 36. Fuente: Elaboración propia.

Los eventos comunicativos identificados se agruparon por temas generales.

Aplicar estrategias de búsqueda (AEB)

1. Consultar tipos de documentos
2. Buscar información
3. Ubicar información
4. Tener acceso a la información
5. Consultar bases de datos (CBD)
6. Consultar otras fuentes de información (COFI)
7. Consultar motores de búsqueda (CMB)
8. Consultar fuentes bibliográficas (CFB)
9. Identificar temática
10. Seleccionar información por temática
11. Definir temática
12. Filtrar búsqueda
13. Seleccionar información
14. Aplicar estrategia de búsqueda
15. Delimitar por tema
16. Buscar información en bases de datos

Evaluar información (EI)

17. Aplicar criterios de evaluación (ACE)
18. Evaluar fuentes de información electrónicas (EFIE)
19. Evaluar redes sociales
20. Criterios para evaluar redes sociales (CPERS)
21. Evaluar información
22. Criterios para evaluar información
23. Evaluar la autoridad
24. Evaluar factor de impacto
25. Evaluar información
26. Evaluar bases de datos
27. Criterios para evaluar publicaciones periódicas

Sintetizar información (SI) e Integrar información (II)

28. Escribir documentos de investigación (EDI)
29. Contextualizar el marco teórico (CMT)
30. Reconocer el estado anómalo de conocimiento (REAC)

Comunicar información

31. Interactuar con colegas (ICC)
32. Evaluar fuentes de información personales (EFIP)
33. Criterios para evaluar fuentes de información personales (CPEFIP)
34. Identificar fuentes personales de información (IFPI)
35. Usar redes sociales
36. Usar redes sociales profesionales (URSP)

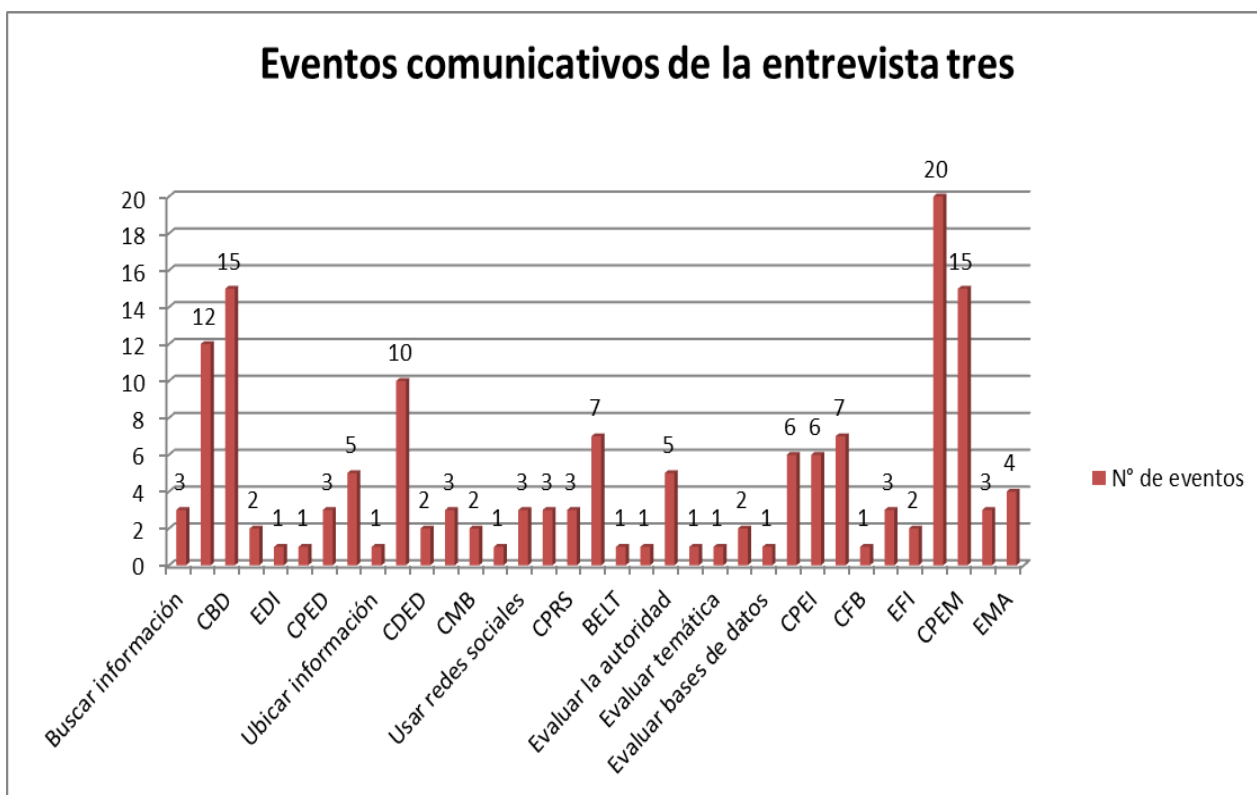
Los eventos comunicativos que se presentaron con más frecuencia fueron: Evaluar información con 15 eventos, Reconocer el estado anómalo de conocimiento (REAC) y Criterios para evaluar publicaciones periódicas (CPEPP) con 11 eventos, Buscar información con 5 eventos, Evaluar fuentes de información electrónicas (EFIE) y Usar redes sociales profesionales (URSP) con 4 eventos y Evaluar fuentes de información personales (EFIP) y Filtrar búsqueda con tres eventos, respectivamente.

Tabla 13. Situaciones, eventos y actos comunicativos de la entrevista tres (médico de base, MPB)

Tipos de situaciones comunicativas	Categorías de eventos comunicativos	Frecuencias de actos comunicativos
Diseñar una estrategia de búsqueda	Buscar información	2
	Aplicar criterios de evaluación	12
	Consultar bases de datos	12
	Consultar tipos de documentos	2
Escritura de documentos de investigación	Escribir documentos de investigación	1
	Estructura del documento	1
	Criterios para enviar el documento	3
	Tener acceso a la información	1
	Ubicar información	1
	Evaluar información	1
	Criterios de evaluación del documento	2
Encontrar artículos en txt (texto completo)	Consultar bases de datos	2
	Tener acceso a la información	3
	Consultar motores de búsqueda	1
	Consultar personas	1
Medios para establecer comunicación con fuentes de información personales	Usar redes sociales	3
	Evaluar redes sociales	3
	Criterios para evaluar redes sociales	3
	Usar redes sociales profesionales	7
	Tener acceso a la información	1
Caso crítico	Buscar en libros de texto	1
	Buscar artículos específicos	1
	Evaluar información	4
Evaluar la información	Evaluar la autoridad	5
	Evaluar metodología	1
	Evaluar temática	1
	Evaluar factor de impacto	2
	Evaluar información	2

	Evaluar bases de datos	1
Información en la práctica cotidiana	Reconocer el estado anómalo de conocimiento	6
	Criterios para evaluar información	3
	Evaluar información	3
	Buscar información	1
Fuentes de información personales	Interactuar con colegas	5
Fuentes de información	Consultar bases de datos	1
	Consultar motores de búsqueda	1
	Consultar fuentes bibliográficas	1
	Consultar otras fuentes de información	3
	Evaluar fuentes de información	2
	Interactuar con colegas	2
Evaluación de la información	Criterios para evaluar publicaciones periódicas	20
	Criterios para evaluar (Metodología)	15
	Criterios para evaluar información	3
	Evaluar metodología de un artículo	4
Total de situaciones comunicativas 10	Total de eventos comunicativos 35	Total de acciones comunicativas 151

Gráfica 10. Número de eventos comunicativos de la entrevista tres



Fuente: Elaboración propia.

Los eventos comunicativos identificados se agruparon por temas generales.

Aplicar estrategias de búsqueda (AEB)

1. Buscar información
2. Aplicar criterios de evaluación (ACE)
3. Consultar bases de datos (CBD)
4. Consultar tipos de documentos
5. Tener acceso a la información
6. Ubicar información
7. Consultar motores de búsqueda
8. Buscar en libros de texto (BELT)
9. Buscar artículos específicos
10. Consultar bases de datos
11. Consultar motores de búsqueda
12. Consultar fuentes bibliográficas
13. Consultar otras fuentes de información (COFI)

Sintetizar información (SI) e Integrar información (II)

14. Escribir documentos de investigación (EDI)
15. Estructura del documento
16. Reconocer el estado anómalo de conocimiento (REAC)

Comunicar información

17. Criterios para enviar el documento (CPED)
18. Consultar personas
19. Usar redes sociales profesionales (URSP)
20. Interactuar con colegas

Evaluar información (EI)

21. Evaluar información
22. Criterios de evaluación del documento (CEDD)
23. Evaluar redes sociales
24. Criterios para evaluar redes sociales (CPRS)
25. Evaluar la autoridad
26. Evaluar metodología
27. Evaluar temática
28. Evaluar factor de impacto
29. Evaluar bases de datos
30. Criterios para evaluar información
31. Evaluar fuentes de información
32. Criterios para evaluar publicaciones periódicas (CPEPP)
33. Criterios para evaluar metodología (CPEM)
34. Criterios para evaluar información (CPEI)
35. Evaluar metodología de un artículo

Los eventos comunicativos que se presentaron con más frecuencia fueron: Criterios para evaluar publicaciones periódicas (CPEPP), 20 eventos; Consultar bases de datos (CBD) y Criterios para evaluar metodología (CPEM), 15 eventos; Aplicar criterios de evaluación (ACE), 12 eventos; Evaluar información, 10 eventos; Usar redes sociales profesionales (URSP) e Interactuar con colegas, 7 eventos.

Las similitudes entre los roles referente a las necesidades de información de los MPB, MPC y MR coinciden en dos trastornos que se presentan en la práctica clínica y que prevén se tratarán en el futuro, que son depresión y trastornos de ansiedad; asimismo, sobre estos padecimientos las tres categorías de médicos señalaron que reciben información sobre

los dos padecimientos y también que les interesa seguir recibiendo, pero sólo realizan investigación y desean continuarla (acerca de estos padecimientos) los MPC y los MR.

Respecto a las fuentes de información sobresale el uso de los libros por los MR (77%), aunque los MPB consideran relevantes las sesiones clínicas (100%). En el caso de las fuentes de información personales, el acceso al expediente clínico del paciente, según los MPB, MPC y MR es esencial para poder ofrecer un mejor tratamiento y diagnóstico. En este intercambio de información intervienen los médicos especialistas del instituto u hospital (MEIH) y los psicólogos de acuerdo con las tres categorías.

La revisión y análisis de los casos de los pacientes es una labor cotidiana en relación con los roles de los médicos (MPB, MPC, MR) para enriquecer su punto de vista hacia ellos. Esta parte complementa la anterior, no es simplemente acceder al expediente, también es involucrarse en todo el procedimiento clínico que ello significa; compartir información, discutirla, analizarla, saber diferenciar los diferentes puntos de vista que saltan a la mesa en cuanto a la recuperación y cuidado del paciente; es así que, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, neuropsicólogos, médicos internistas, médicos especialistas de otras instituciones y los neurólogos colaboran en este proceso.

El uso de bases de datos por parte de los profesionales de la salud mental es parte primordial en su labor diaria y de actualización de sus temas de interés. Se observa que, Medline, PubMed y Elsevier son las bases de datos que predominan en el gusto de los profesionales de la salud mental en las tres categorías; en menor medida se encuentran ScienceDirect y Ebsco Health.

Es fundamental señalar la preferencia de los médicos por los meta análisis, seguido por el ensayo clínico aleatorizado y el ensayo clínico aleatorizado doble ciego. Lo anterior no es gratuito ya que de acuerdo con la pirámide de clasificación de las evidencias de la medicina basada en la evidencia los meta análisis representan la punta de la pirámide. Según esta división del conocimiento científico, los meta análisis denotan un rigor científico en su metodología y análisis de la evidencia de máxima calidad; en este sentido, los ensayos clínicos aleatorizados y doble ciego son de menor calidad conforme a la

pirámide de clasificación de las evidencias. De tal forma que, de acuerdo al Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) para jerarquizar la evidencia y evaluar la calidad es necesario tomar en cuenta el impacto del trabajo, el número de estudios que se realizaron, el diseño metodológico y el seguimiento realizado, (Millán, 2014, p. 127).

La toma de conciencia en el acceso a la información determina a través de qué medios el médico puede llegar a los temas que más le interesan. El correo electrónico se impone en la preferencia de los médicos para acceder a la información, le sigue el Internet y la forma impresa. Es notable que los medios impresos continúen siendo valiosos para los profesionales de la salud mental, al margen de que puedan tener acceso a las TIC's; esto confirma cuando los MPB, MPC y MR mencionan como fuentes preferidas de información a los libros y revistas impresas.

Las diferencias que podemos destacar en cuanto a los roles de los médicos son las siguientes: hay sólo 4 médicos MR (7%) que reúnen los tres roles: clínico, docente e investigador; cuatro MPC (25%) pertenecen al SIN en el nivel 1 contra dos (12%) MPB. Existen más MPB (5 médicos) 31% que realizan práctica clínica y que también fungen como maestros para los médicos residentes. La totalidad de los MR (100%) realizan práctica clínica. Prevalece un mayor dominio sobre la medicina basada en la evidencia por parte de los MPB (94%) 15 médicos.

Respecto a las necesidades de información sobre el análisis y revisión de los casos de los pacientes con otros especialistas por parte de los MPB, MPC y MR. Para los MPB los trabajadores sociales tienen un primer lugar, sin embargo, para los MPC los psicólogos son más importantes.

Sobre el uso de fuentes de información documental (bases de datos) se aprecia que los MR conocen otras bases que los MPB y MPC no mencionan: UpToDate, Epocrates y Micromedex; en relación con los tipos de artículos, los MR consideran relevantes los reportes o series de casos. El empleo de *Smartphone* por los MR hace una diferencia (30%) con el uso nulo de los MPB y MPC.

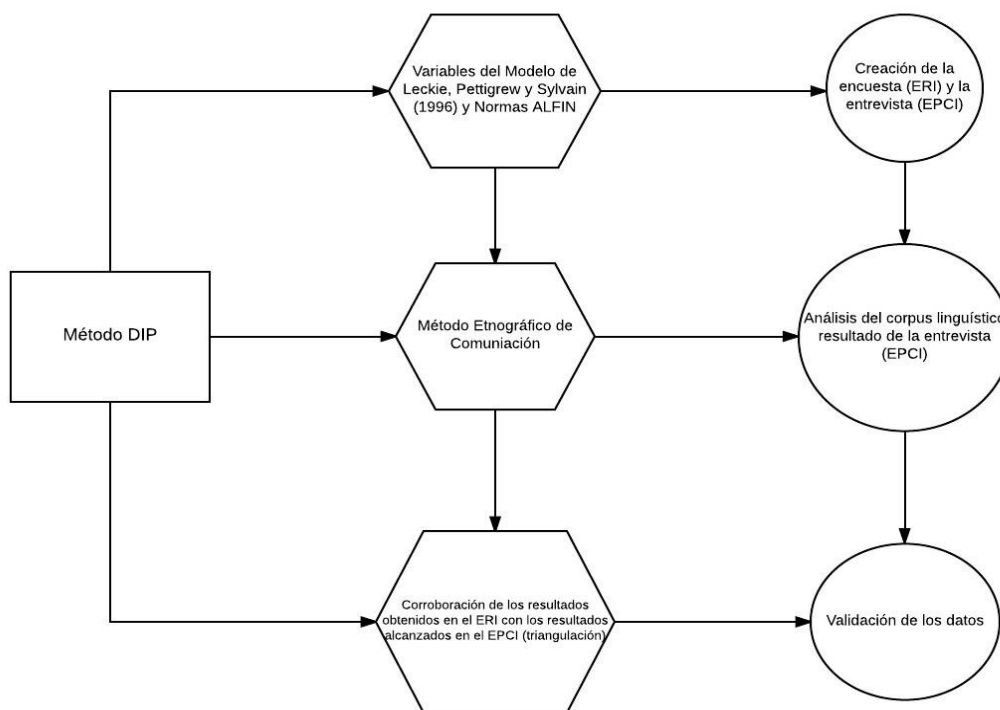
En las grabaciones realizadas a los médicos residentes, de confianza y de base durante el desarrollo de la Entrevista a profundidad sobre comportamiento informativo [EPCI], a través del método etnográfico de comunicación (MEC) se observa que los eventos comunicativos que más frecuencia tienen con los MR son: acceder a la información, usar fuentes de información y consultar tipos de documentos; para los MPC son: evaluar información, reconocer el estado anómalo de conocimiento (REAC), criterios para evaluar publicaciones periódicas (CPEPP) y buscar información; los MPB mencionaron: criterios para evaluar metodología (CPEM), consultar bases de datos (CBD) y buscar información.

Capítulo 5. Análisis y discusión de los resultados

El análisis que se presenta en este capítulo se basa en procesos de triangulación (corroborando los resultados del ERI con lo obtenido por el EPCI) de los datos en tres niveles: Nivel 1. Procesos internos en los sujetos entrevistados; Nivel 2. Procesos comunes en los médicos en una misma categoría; Nivel 3. Procesos comunes en todas las categorías de médicos. El análisis en este sentido se realiza de lo personal a lo grupal; de lo intragrupal y de lo grupal a lo intergrupalo. Con el análisis de estos procesos, se busca una mayor consistencia en los hallazgos reportados.

El modelo metodológico que se propone es el Modelo mixto para caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica. En la figura 10 se muestra el modelo.

Figura 10. Modelo mixto para caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica.



Fuente: Elaboración propia

5.1 Mapa de procesos de comportamiento informativo por categoría de médico

El primer nivel de triangulación se desarrolló a nivel intrapersonal con el objetivo de elaborar un mapa de procesos de comportamiento informativo de cada uno de los tres tipos de sujetos entrevistados. Para ello, primero se analizaron los diálogos obtenidos con el instrumento *encuesta a profundidad de comportamiento informativo* (EPCI) relacionados con una situación específica que se presenta en la práctica clínica con un paciente; como segundo paso y a partir de lo anterior, se construyó el proceso de satisfacción de una NI de manera integral; el tercer paso consistió en diseñar el primer mapa de procesos de CI. Este mapa se contrastó con las otras intervenciones que tuvo el médico en otros eventos comunicativos; de esta forma, pudieron incorporarse nuevos elementos y se afinaron los detalles de los actos; por ejemplo, en el caso del acto de *evaluación de la información*, se integraron los diferentes criterios que se mencionaron durante toda la entrevista. Los turnos que se mencionan corresponden al análisis del corpus lingüístico obtenido a través de la EPCI por medio del método etnográfico de la comunicación (MEC).

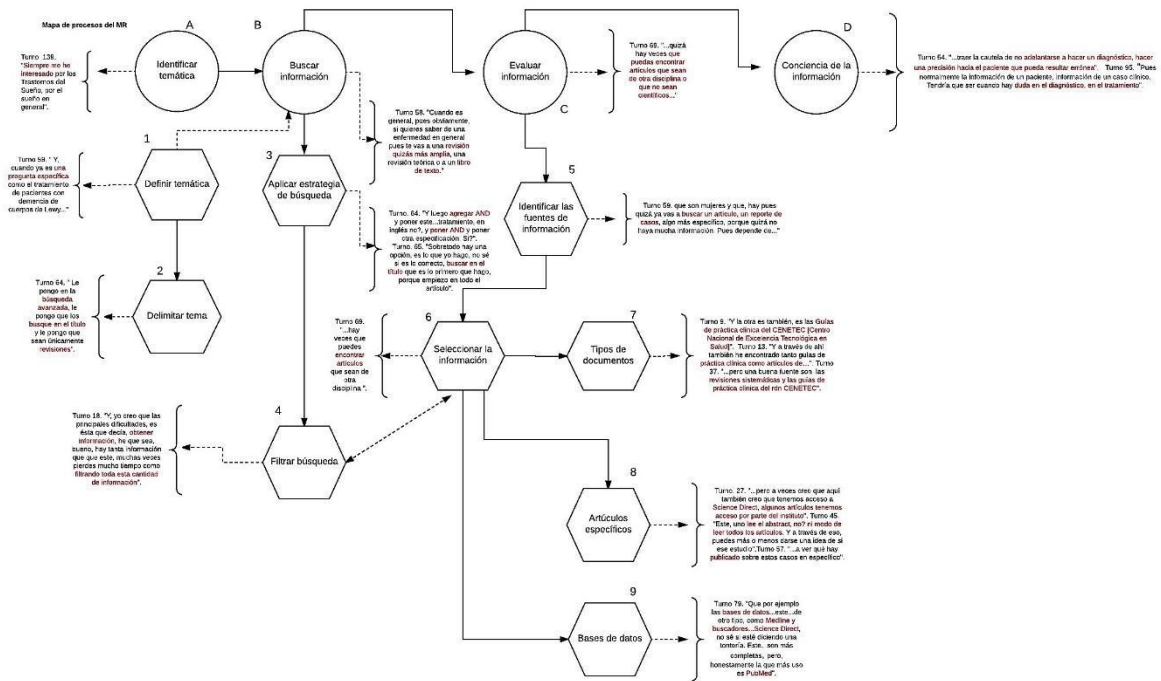
A continuación, se presentan los *mapas de procesos de comportamiento informativo* [MPCI] que se elaboraron para cada categoría de médicos.⁴³

5.1.1 Mapa de procesos de comportamiento informativo del médico residente

El mapa correspondiente al médico residente se presenta en la figura 11, y se compone de 4 eventos, 10 actos comunicativos y 19 acciones específicas (turnos). De éstos, el acto *aplicar estrategia de búsqueda* fue el que estuvo presente en más de un evento comunicativo y *delimitar tema* fue el que menos estuvo representado.

⁴³ Para su mayor comprensión los *mapas de procesos de comportamiento informativo* [MPCI] se despliegan en el Anexo C Mapas de procesos de comportamiento informativo [MPCI].

Figura 11. Mapa de procesos del MR



Fuente: Elaboración propia

El primer evento se refiere a la identificación, definición y delimitación de la temática, la cual se origina a partir de una duda presentada en la práctica clínica que no se vincula con un propósito más amplio, ya que el MR señaló que lo que le interesa investigar *siempre* son los trastornos de sueño (turno 139), que corresponden a su tema de tesis.

En cuanto a la *búsqueda de información*, el MR distingue entre la que es general y se puede contestar consultando libros de texto (turno 58), y la *búsqueda específica*, que requiere consultar artículos o reportes de caso (turno 59). Un aspecto a resaltar es que el MR prefiere *armar* las búsquedas de información después de realizar sus actividades de práctica clínica (turno 55).

En el proceso de *búsqueda y selección de información*, el MR refiere diferentes filtros; el primero lo conforman los de operadores booleanos, seguido de la lectura del título del artículo, el resumen y la inspección de todo el artículo. Los criterios que refiere son *temática*, que se aplica, entre otras razones, para no confundir las perspectivas o tratar trastornos diferentes de los que se están analizando (turnos 50, 69); el de utilidad (131); el

de *prestigio y experiencia del autor* (turno 41); el factor de *impacto* y el de *prestigio de la revista* (turno 191). Criterios que merecen ser mencionados por separado son el de *metodología* (turno 41) y la *correspondencia de la información con la pregunta (formato estandarizado para la construcción de preguntas clínicas)* (PICO) (turno 46). Sin embargo, el médico señala: “No, la verdad es que no tengo la información suficiente para saber cuál es mejor que otra” (turno 180); esto lleva a identificar que la evaluación de la información se relaciona con sus conocimientos previos.

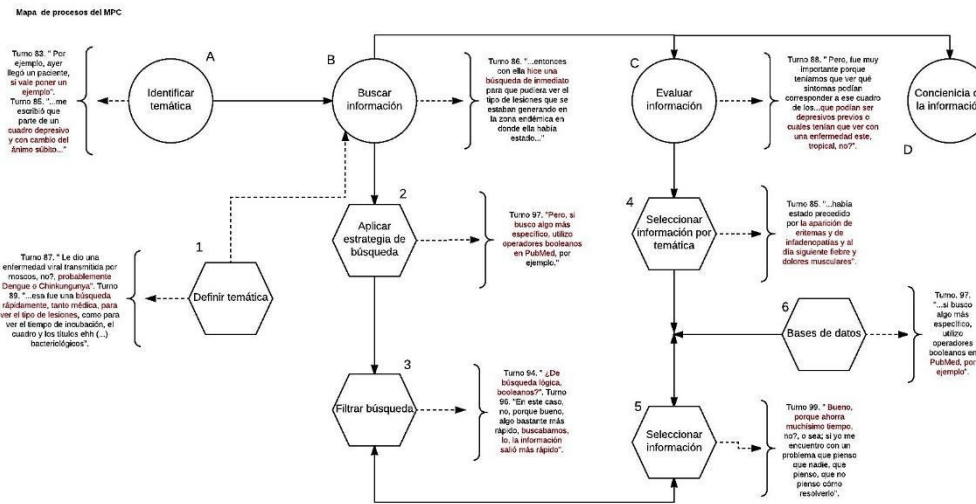
De acuerdo con lo expuesto, se puede concluir que el MR cuenta con habilidades para buscar, seleccionar y analizar la información propia de una persona que se encuentra en proceso de formación en investigación. Se observa que refiere usar procesos de autorregulación que le permiten ser cauteloso cuando tiene dudas sobre la calidad de la información que le serviría para hacer un diagnóstico (turno 54).

En relación con la conciencia de la información, se observa que su entorno informativo se compone por recursos de uso común, tales como bases de datos (turno 79), artículos de revistas (turno 4); también refiere el uso de recursos de información propios del lugar de residencia, tales como documentos especializados, guías de práctica clínica (turnos 4, 9 y 37) y libros de texto (turno 58). El MR puede diferenciar el uso de estos recursos de acuerdo con el tipo de pregunta, la cual puede derivar en la consulta con otros médicos cuando tiene dudas en el diagnóstico (turno 95), y con otros especialistas cuando se requiere tratar de manera multidisciplinaria un trastorno (turno 97).

5.1.2 Mapa de procesos de comportamiento informativo del médico de confianza

El mapa de procesos correspondiente al médico psiquiatra de confianza se presenta en la figura 12 y se compone de 4 eventos, 6 actos comunicativos y 13 aspectos específicos (turnos). De éstos, el acto *aplicar estrategia de búsqueda* estuvo presente en más de un evento comunicativo y *definir temática* fue el que estuvo menos representado.

Figura 12. Mapa de procesos del MPC



Fuente: Elaboración propia

A partir del modelo, podemos identificar que las necesidades de información del médico de confianza se vinculan con el llenado del expediente clínico del paciente (turnos 85, 126 y 135), el cual considera confidencial, y por ello lo conserva en carpetas que no comparte (124); incluye las pruebas de gabinete y los estudios de laboratorio (turnos 104, 105, 106, 107, 108). Además de la práctica clínica, el médico señala que tiene necesidades de información vinculadas con la elaboración de artículos académicos, para los que requiere de “datos experimentales, revisiones, datos históricos o reportes hemerográficos” (turno 2).

Se observa que el médico considera que la información más difícil de encontrar es la relativa a los antecedentes históricos, las metodologías y los textos originales (turnos 4 y 8). Su estrategia de búsqueda consiste en el uso de operadores booleanos (turnos 42, 47 y 102). Un aspecto que resaltar es que el MPC realiza búsquedas de información en Internet en presencia de los pacientes, a fin de mostrarles la información confiable que complementa su consulta (turnos 143 y 152), ya que “se consigue mucha tranquilidad en el paciente y mucha confiabilidad” (turnos 50 y 51).

En cuanto a los criterios de evaluación de la información, el médico de confianza considera los siguientes: *actualidad*, *prestigio del médico* (turnos 19 y 40), la *revista* y la *editorial*, el factor de *impacto* en el caso de los artículos de revistas (turnos 68-69), la *disponibilidad* (turnos 87 y 89) y la *información arbitrada* (turno 19).

Entre sus fuentes de información, sobresalen el PubMed (turno 97), por sus procesos de arbitraje, y el ResearchGate, por la posibilidad de obtener información en tiempo real (turnos 37 y 42). Se observa que el MPC es más renuente a usar libros impresos por sus dificultades de traslado (turno 114), por lo que prefiere usar dispositivos electrónicos o la nube para el almacenaje de la información (turnos 112 y 118), incluyendo los expedientes clínicos (turno 122). También refiere el uso de Google Scholar (turno 21), ya que está conectado de manera permanente a Internet (turno 46).

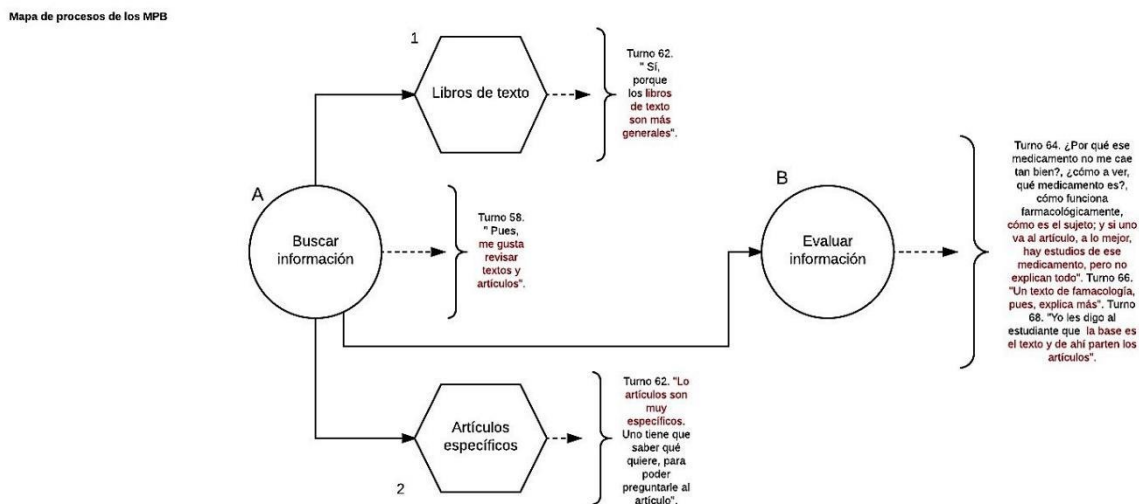
En relación con la *conciencia de la información*, es posible advertir que el MPC identifica que la disponibilidad de las revistas en línea en su institución es limitada (turnos 11-12), por lo que usa los que se encuentran en otras instituciones, tales como la UNAM (turno 15). Además de ello, posee la habilidad para identificar las revistas de calidad y especializadas que están disponibles (turno 154). En cuanto a los propósitos, el MPC puede expresar claramente qué tipo de información puede ayudarle a resolver problemas determinados; al respecto, se identifican *a*) caracterizar los síntomas de un trastorno (turno 88), *b*) ubicar información relevante de otras disciplinas (turno 85), *c*) ahorrar tiempo (turno 99), *d*) para obtener más información y *e*) para revisar cómo se está ‘problematizando’ un trastorno (turno 20).

La conciencia de la información también se ve reflejada en el uso de Internet durante la consulta médica, la cual sirve para mostrar cómo se usa el método científico en un caso (turno 65), para dar veracidad a la información que el médico proporciona y para ayudarle a interpretar la información (turno 60). Es importante mencionar que el médico considera que la calidad en la atención (turno 152) se refleja en la eficiencia en el manejo de la información, de los recursos y de los servicios con que cuenta su institución (turnos 143 y 151).

5.1.3 Mapa de procesos de comportamiento informativo del médico de base

El MPCCI que corresponde al médico psiquiatra de base se presenta en la figura 13, y se compone de 2 eventos, 2 actos comunicativos y 6 aspectos específicos (turnos).

Figura 13. Mapa de procesos del MPB



Fuente: Elaboración propia

En el caso del médico de base, los procesos de uso de la información están vinculados principalmente con su rol como docente de médicos residentes (turnos 20 y 16 respectivamente), más que a la práctica clínica.

Las fuentes de información que utiliza cuando tiene dudas en la práctica clínica son libros de texto y artículos (turno 58), entre los cuales señala una diferencia: los libros son más generales; los artículos, más específicos (turno 62). Entre sus preferencias de uso, se encuentra PubMed, debido a que es amigable (turno 114); también menciona el ResearchGate para buscar e ingresar artículos de investigación, así como para tener contacto con otros colegas en diferentes partes del mundo (turnos 150, 159, 161, 163, 167, 169); por último, menciona que conoce múltiples títulos de revistas especializadas (turno 190).

Las estrategias que aplica para buscar información son los operadores booleanos (turno 6), y refiere el uso del lenguaje de la disciplina para delimitar la búsqueda y evitar confusiones (turno 92). Como parte de la formación de médicos residentes, refiere la importancia de una mayor precisión en los procesos de búsqueda y evaluación (turnos 64 y 66); por ejemplo, señala las sesiones clínicas en las que se realizan revisiones y discusiones de los casos clínicos (turno 82). Una estrategia de búsqueda que menciona explícitamente es por descubrimiento: “Yo le digo al estudiante que la base es el texto y de ahí parten los artículos” (turno 68). En relación con los recursos de información personales, el médico señala a los colegas y especialistas adscritos al lugar de trabajo (turno 136).

El MPB considera la evaluación como un proceso que debe realizarse en todo momento y que es necesario ser cauteloso y analizar los artículos a profundidad (turnos 24 y 72). Los criterios que menciona son la consistencia, el rigor científico, la metodológica, el prestigio del autor, la temática y la legitimidad relacionada con la presencia del *digital object identified* (DOI) (turno 74). El médico pondera como un elemento de fiabilidad el que la metodología (objetivos, variables, etcétera) sea explícita en el artículo (turno 70).

En cuanto a la conciencia de la información, el MPB puede identificar que en su entorno institucional no cuenta con acceso a las revistas de su especialidad debido a la falta de recursos (turno 38); considera que los congresos constituyen un medio para entablar comunicación y retroalimentación con otros colegas que se muestran accesibles (turno 136), pero que para obtener información confiable es necesario consultar artículos de revistas (turno 182).

El médico pondera la comunicación por correo electrónico, debido a que es posible disponer de tiempo para responder de mejor manera y saber si el interlocutor tiene interés en el tema (turno 144). Entre las razones por las que es útil un recurso de información, menciona las de obtener información fiable, mantenerse actualizado, dar seguimiento a los tratamientos (turno 184), así como para identificar en dónde es posible publicar trabajos originales y bien hechos (turnos 216 y 220).

5.2 Análisis intragrupal

El segundo nivel de triangulación se desarrolló a nivel intragrupal comparando los patrones representados en el mapa de comportamiento informativo con los datos estadísticos obtenidos en la *encuesta de roles e información* (ERI). El objetivo fue identificar las semejanzas y diferencias entre los patrones de comportamiento de cada médico entrevistado y el grupo al que pertenece.

En la entrevista, el MR señala que los trastornos que ha tratado recientemente en consulta son padecimientos sobre la demencia; sin embargo, en los datos obtenidos en la encuesta (tabla 6), los trastornos que se mencionan con mayor frecuencia son la depresión, la ansiedad (97%, respectivamente) y los trastornos de la personalidad (92%). Se puede concluir que un porcentaje muy bajo de los MR realizan práctica clínica sobre sus temas de investigación de tesis, lo cual se corrobora con los datos de los MR entrevistados (ver tabla 8).

De acuerdo con los resultados de la entrevista (gráfica 19), se observa que los libros de texto son mencionados con mayor frecuencia (77%), lo que coincide con la respuesta del MR entrevistado (turno 58), en el sentido de que este tipo de fuente es más consultada para preguntas que requieren respuestas generales; también se observa una coincidencia entre las fuentes de información mencionadas con la frecuencia de los artículos de revistas (67%) y los que reporta el MR en su entrevista (turno 172).

En relación con la clase de artículos que lee, el MR destacó las revisiones sistemáticas, los metaanálisis y los reportes de casos (turnos 7 y 59); el uso que les da es para obtener *información concreta y valiosa* que sirva en la práctica clínica, lo cual se ajusta con lo señalado por sus colegas, quienes resaltaron los metaanálisis en un 82%, y los reportes de casos con 18%.

Respecto a las fuentes de información que el MR (turno 79) y sus colegas usan para apoyar su práctica clínica (gráfica 21), se observa que en ambos casos convergen el uso de PubMed y Medline como las más usadas, y difieren en el uso de Elsevier, ya que el MR entrevistado no la menciona.

El especialista subrayó que cuando surge alguna duda en el tratamiento o diagnóstico, consulta a un asesor o jefe de la clínica (turnos 104, 105 y 109); también señaló que recurre a otros profesionales de la salud de otras disciplinas, lo que coincide con sus compañeros, que mencionaron a los psicólogos (43%) y neurólogos (35%); referente a las publicaciones que consulta, el médico indicó *Sleep Disorders*, *Journal of Affective Disorders* y *Actas Psiquiátricas Españolas* (turno 172).

En cuanto a los medios que utiliza el médico para establecer comunicación con sus pares, destacó *WhatsApp*, *Facebook*, *Linkedin* y el correo electrónico (turnos 112 y 113); por lo anterior, se infiere que los médicos residentes usan *WhatsApp* para una comunicación informal con sus compañeros, y para intercambiar información de la práctica clínica emplean el correo electrónico (gráfica 23).

El médico de confianza indica que los trastornos que ha tratado recientemente en consulta son padecimientos sobre depresión y estimulación magnética (turno 26), lo que coincide con la ERI (tabla 6) respecto a la depresión (100%), pero no con los trastornos de ansiedad (100%) y trastornos de la personalidad (100%); el médico menciona que realiza investigación sobre trastornos afectivos, neuromodulación, electrofisiología, imágenes cerebrales y adicciones (turno 42 y 166). La encuesta señala que sus colegas retoman dos trastornos recurrentes en la práctica clínica: depresión, 12%, y trastornos de ansiedad, 12%.

El MPC refiere que sus fuentes de información preferidas son los foros de discusión de la *American Psychiatric Association* y *ResearchGate* (turno 20 y 37). Esto último concuerda con la encuesta (gráfica 19) respecto a resultados de sus propias investigaciones (75%). En cuanto a la clase de artículos que lee, el médico de confianza indicó revisiones sistemáticas y reportes de casos; el uso que les da depende de sus necesidades de información en la práctica clínica (turno 2), lo que coincide con la encuesta (gráfica 22) referente a los reportes o series de casos (6%), pero no con los metaanálisis, que fueron mencionados por el 87% de sus colegas.

El médico indica que los recursos de información que ofrece la institución donde labora son limitados, ya que cuenta con pocas publicaciones en línea (turno 12); en cuanto a las fuentes de información en las que el MPC se apoya para su práctica clínica, mencionó *PubMed*, *Ebsco Health* y *ScienceDirect* (turno 78), lo que coincide con sus colegas (gráfica 21) respecto a *PubMed* (81%), pero difiere en el uso de *Medscape* (62%) y *Web of Science* (50%); señala que cuando surge alguna duda en el tratamiento o diagnóstico, consulta a un colega que trabaje en un campo de investigación similar y que posea prestigio y reconocimiento (turno 40); de acuerdo con la encuesta, no se ajusta con lo mencionado por sus colegas cuando analizan y revisan el expediente clínico (tabla 17).

En cuanto a las publicaciones que consulta el MPC, mencionó *British Medical Journal*, *British Journal of Psychiatry* y *JAMA* (turnos 154, 155 y 156); referente a los medios que utiliza para establecer comunicación con sus pares, subrayó el correo electrónico (turno 28). Por lo tanto, se concluye que es a través de este medio como los MPC se comunican para intercambiar información clínica (gráfica 23).

El médico de base menciona que los trastornos que ha tratado recientemente en consulta son padecimientos de esquizofrenia (turno 4), lo cual se ajusta con el ERI (tabla 6) sobre la esquizofrenia (81%), pero discrepa sobre los trastornos de depresión y de ansiedad (94%); señala que efectúa investigación sobre esquizofrenia (turno 163); en ello coincide con la encuesta (tabla 8) sobre la esquizofrenia (6%), pero no es el caso del trastorno bipolar (6%) y el autismo (6%).

El MPB destaca que sus fuentes de información preferidas son las sesiones clínicas y el *MeSH (Medical Subject Headings)* (turno 94), pero en la encuesta ERI (gráfica 19) señala que sus pares eligieron en primer sitio los artículos de revistas (82%); respecto a la clase de artículos que lee, mencionó las revisiones sistemáticas y los ensayos clínicos aleatorizados doble ciego (turno 8); el uso que les da es para la búsqueda de información para la práctica clínica. En la encuesta (gráfica 22), los médicos entrevistados concuerdan con los ensayos clínicos aleatorizados doble ciego (56%), pero no con los metaanálisis (44%).

El especialista señala que los recursos de información que ofrece la institución donde labora permiten el acceso a ciertas publicaciones; referente a las fuentes de información en las que el MPB se apoya para su práctica clínica, menciona las bases de datos siguientes: *PubMed*, *Medline*, *Ovid*, *Elsevier*, *Cochrane*; lo anterior coincide con sus colegas (gráfica 21) respecto a *Medline* (87%), *PubMed* (87%) y *Elsevier* (75%), aunque disiente con *Ebsco Health* (56%) y *ScienceDirect* (62%).

El médico subraya que, cuando surge alguna duda en el tratamiento o diagnóstico, consulta a colegas de la institución donde labora, así como a profesionales de la salud mental que encuentra en congresos y a otros especialistas, como es el caso de los cardiólogos; lo anterior coincide con la ERI (tabla 10), donde sus pares indicaron que, para analizar y revisar el expediente clínico, comparten este proceso con los psicólogos (100%).

Referente a las publicaciones que consulta, el médico mencionó *Schizophrenia Research* y *Schizophrenia Bulletin*; en cuanto a los medios que utiliza para establecer comunicación con sus compañeros, señaló el correo electrónico para el intercambio de información clínica y el *WhatsApp* para tratar temas no oficiales. Por lo tanto, se deduce que los médicos de base usan el *WhatsApp* para comunicarse con sus colegas de manera informal, pero recurren al correo electrónico para intercambio clínico (gráfica 23).

5.3 Análisis intergrupar

El tercer nivel de triangulación se desarrolló de manera intergrupar comparando los procesos comunes en las tres categorías de médicos; el objetivo fue identificar las semejanzas y diferencias entre los patrones de comportamiento entre cada grupo de médicos.

De acuerdo con los análisis anteriores sobre comportamiento informativo de las tres categorías de médicos, se puede observar que los procesos para satisfacer una duda de información durante su práctica clínica son diferentes entre los médicos de la misma disciplina, y que su comportamiento depende de su categoría y de los roles que desempeñe.

Estas diferencias son notables en los recursos de información que utilizan, pero sobre todo en el objetivo para el cual los utilizan. Se observa que los médicos residentes son más bien cautelosos para no equivocarse en un diagnóstico o tratamiento; mientras que los médicos de base y los de confianza se muestran cautelosos al momento de enseñar y mostrar la relevancia de los recursos de información.

En cuanto a las estrategias y criterios de evaluación, éstos son similares, aunque son más depurados en el caso de los médicos de base, en cuyo comportamiento informativo resalta el rigor metodológico y científico como un criterio de evaluación de la información. También se puede afirmar que los médicos tienen necesidades de información que no precisamente se vinculan con la práctica clínica: para el residente, son NI relacionadas con su tema de tesis; para los de confianza, las relacionadas con la publicación, y para los de base, con la docencia y la enseñanza. Sobre la conciencia de la información, se puede afirmar que los médicos de las tres categorías tienen claro su entorno informativo, sus limitantes y sus características. Sobresale, en el caso de todos los tipos de fuente, la importancia de la accesibilidad.

Las situaciones en las que los médicos psiquiatras recurren a la búsqueda de información para mejorar la práctica clínica son: cuando un paciente hace una pregunta sobre el trastorno que padece, y no sabe qué contestar, cuando se le presenta un caso difícil con un paciente, cuando entabla comunicación con un colega o cuando escribe un artículo de investigación.

Los factores preponderantes que influyen para que los médicos psiquiatras busquen la información para llevar a cabo su práctica clínica son: mejor atención al paciente, analizar dudas, confirmar información, comunicar sus hallazgos y saber más sobre el padecimiento. Las habilidades y conocimientos que tienen los médicos psiquiatras para buscar la información son: aplicar estrategias de búsqueda, evaluar información, sintetizar e integrar información y comunicar información.

Los estudios de usuarios en la comunidad médica señalan que las NI de los médicos tienen una relación intrínseca con la práctica clínica en las áreas de conocimiento médico,

la práctica clínica y la medicina basada en la evidencia; las variables que afectan la satisfacción de las NI, son el tiempo, la fiabilidad de los resultados y el exceso de información. Los libros no son compatibles con la práctica clínica porque no están actualizados, en el caso de las revistas el acceso puede ser un obstáculo (Smith, 1996), el tiempo juega un papel importante si no es suficiente para buscar la información deseada; por lo que es necesario disponer de herramientas tecnológicas que permitan al médico tener acceso a la información de manera expedita y eficaz para no interrumpir su práctica clínica.

En este sentido, el uso de la red y sus recursos tecnológicos ofrecen la oportunidad al especialista de la salud mental de buscar, disseminar y evaluar información para utilizarla en la práctica clínica, al tiempo que le permite también tener acceso al expediente clínico lo que origina una comunicación más amplia con sus colegas para intercambiar puntos de vista sobre un caso específico y enriquecer la atención clínica para un mejor diagnóstico y tratamiento.

El comportamiento informativo de los médicos psiquiatras indica también que las NI van íntimamente ligadas con la práctica clínica; para tal efecto existen tres variables que inciden en los procesos de búsqueda de información: tiempo, fiabilidad y exceso de información⁴⁴. El tiempo es un factor determinante para que el médico decida consultar una fuente de información, la facilidad y rapidez para obtener una respuesta positiva a sus necesidades de información es definitiva; la fiabilidad en un libro o revista es concluyente para que el especialista decida en analizar esa fuente de información y el exceso de información depende de las dos primeras, ya que el médico puede encontrarse en un predicamento si no sabe qué información puede servirle en la práctica clínica, porque esta ignorancia no le permite reconocer un trastorno determinado o prescribir el medicamento correcto o salir adelante ante alguna duda frente a un paciente, todo ello repercute en su práctica clínica originando pérdida de tiempo; en consecuencia, la fiabilidad puede ayudar en este proceso para encontrar la fuente adecuada, de lo contrario el médico tiene en sus manos exceso de información que no contribuye a su desempeño profesional, generando información que no tiene un objetivo específico para su quehacer clínico.

⁴⁴ Las variables tiempo y exceso de información se dependieron del análisis del corpus lingüístico del EPCI, pero no están incluidas en los instrumentos ERI y EPCI.

La búsqueda y valoración de la información contribuye a que el médico ejerza la medicina basada en la evidencia, la cual se enriquece a través de la actualización constante del especialista; mientras más actualizado esté, el médico es capaz de hacer frente a sus necesidades de información en la consulta. El papel que tienen las herramientas tecnológicas es fundamental para que el médico realice un buen trabajo; desde la búsqueda de información en las bases de datos que son familiares para él, hasta el acceso al expediente clínico; actualmente existen diferentes recursos de apoyo para que el médico encuentre la información actualizada que requiere en su práctica clínica para la toma de decisiones.

Conclusiones

El comportamiento informativo es la conducta que manifiesta el usuario de la información con respecto a sus necesidades de información a través del contexto donde surgen estos requerimientos que se presentan en su vida cotidiana. El comportamiento informativo en médicos toma en cuenta el contexto y la situación en la que se desenvuelve el especialista cuando busca información; un aspecto en el entorno que destaca es el uso de los recursos tecnológicos, pero también afectan los aspectos personales, como la motivación o los conocimientos sobre un tema, así como las necesidades de información, la búsqueda de información, las fuentes de información y las tecnologías de la información, todas ellas relacionadas con la práctica clínica cotidiana.

La población de estudio estuvo compuesta de médicos de base (MPB), médicos de confianza (MPC) y médicos residentes (MR), considero que a pesar de que eran tres categorías de médicos de una misma especialidad, cada categoría poseía sus propias características, por ejemplo, el hecho de que había médicos de base y médicos residentes; otro elemento de importancia fue que en los tres escenarios donde se encontraban laborando los especialistas no había la misma cantidad de médicos ni las mismas categorías.

El objetivo de esta investigación fue diseñar un modelo metodológico para caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica con respecto a sus necesidades de información y a la búsqueda de información para atender a sus pacientes.

El Modelo mixto para caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica consiste en:

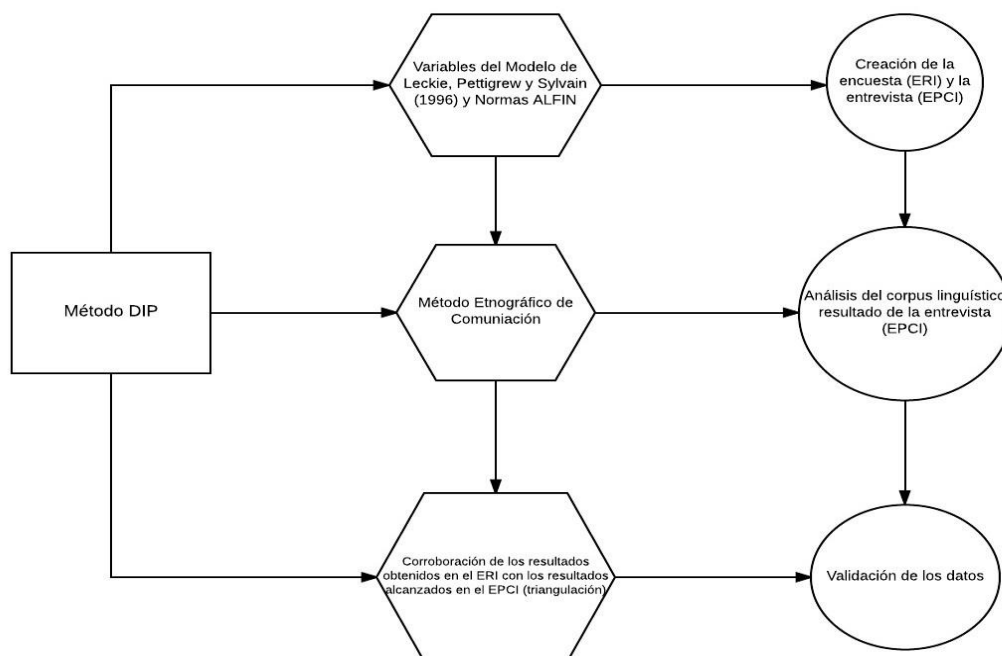
- ✚ El uso de las variables del modelo de Leckie, Pettigrew y Sylvain (1996) para la creación de la encuesta (ERI) y la entrevista a profundidad del comportamiento informativo (EPCI), para este instrumento también se incluyeron las Normas ALFIN.
- ✚ El análisis del corpus lingüístico resultado del EPCI a través del método etnográfico de comunicación.

- ✚ La corroboración de los resultados obtenidos en el ERI con los resultados alcanzados del EPCI (triangulación), para la validación de los datos.
- ✚ El método DIP permite desde un análisis riguroso y exhaustivo comprender el comportamiento informativo de los sujetos de estudio, desde una perspectiva general a una más específica, así como contrastar y contextualizar los resultados obtenidos.

Es preciso destacar la utilización del método DIP (*Dynamic Inverted Pyramid*), el cual permitió ir de una perspectiva abstracta a una más concreta, esto es, del ERI que constó de 92 cuestionarios a la EPCI que se conformó de tres entrevistas, tomando en cuenta el análisis de las grabaciones efectuadas a los médicos psiquiatras por medio del MEC, para finalizar con la combinación de métodos para analizar los resultados.

El Modelo mixto para caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica puede ser aprovechado para conocer sus necesidades y búsqueda de información para la toma de decisiones en la práctica clínica (véase figura 14).

Figura 10. Modelo mixto para caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica.



Fuente: Elaboración propia

Cabe mencionar la importancia que tuvo la revisión de modelos de comportamiento informativo ya que a través de ella fue posible distinguir la consistencia interna que debe poseer un modelo por medio de la metodología, métodos e instrumentos para su validación y réplica, de tal forma que, sea posible saber cómo se originaron las variables para su reproducción en otros contextos y por otros estudiosos; todo ello me lleva a considerar que el Modelo mixto para caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica propuesto en la presente investigación reúne las condiciones para poder entender el comportamiento informativo de los profesionales de la salud mental, toda vez que señala cuáles son sus necesidades de información, cómo buscan la información y qué fuentes de información consultan para la toma de decisiones en la práctica clínica.

De igual manera, el modelo de Leckie, Pettigrew y Sylvain (1996) que se eligió como sustento para la designación de las variables en esta investigación cumplen con las características mencionadas anteriormente.

El campo de la salud mental establece que el médico psiquiatra se encuentra en la época actual integrado a una vorágine de información que determina su práctica clínica, su docencia y la investigación que realiza; todo ello aunado a que los trastornos mentales son considerados en la actualidad padecimientos inquietantes que forman parte de la salud pública debido a su alta prevalencia en la población.

Con base en lo anterior, se determina que la aportación de esta investigación es metodológica debido a que propone el Modelo mixto para caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica; no obstante, es evidente que se consideró el modelo de Leckie, Pettigrew y Sylvain, (1996), pero no plantea nuevas vertientes teóricas respecto al comportamiento informativo.

Asimismo, es fundamental que se realicen más estudios que versen sobre el comportamiento informativo de profesionales de la salud mental en otras instituciones de salud públicas y privadas en la CDMX y de la República Mexicana, así como de los médicos residentes que estudian la especialidad en psiquiatría; para conocer con mayor profundidad su comportamiento informativo en diferentes contextos laborales y demanda

del servicio.

Otro aspecto significativo es comprender la cadena de comunicación que se da en la práctica clínica, entre el paciente, el médico y los familiares del paciente, ya que los parientes permanecen en un limbo informativo, donde no se conocen cuál es su comportamiento informativo respecto al diagnóstico, medicamento y el tratamiento que lleva su familiar.

De acuerdo con los objetivos específicos y preguntas de esta investigación las necesidades de información que generan el comportamiento informativo relacionado con su práctica clínica son los trastornos que tratan en el consultorio y los que prevén se presentarán en un futuro en la población, tales como: depresión y trastornos de ansiedad; sobre estos padecimientos, indicaron que reciben y les gustaría seguir recibiendo información. Los temas que investigan los médicos son: el trastorno bipolar, esquizofrenia, autismo; depresión, trastornos de ansiedad, demencia, la psicosis y los trastornos afectivos.

Los factores preponderantes que influyen para que los médicos psiquiatras busquen la información para llevar a cabo su práctica clínica se presentan cuando un paciente hace una pregunta sobre el trastorno que padece, y no sabe qué contestar, cuando se le presenta un caso difícil con un paciente, cuando entabla comunicación con un colega o cuando escribe un artículo de investigación.

Las habilidades con que cuentan los médicos psiquiatras para buscar la información son: identificar información, buscar información, evaluar información y conciencia de la información.

Considero que la implementación de los instrumentos, la aplicación del método etnográfico y la triangulación originaron una respuesta positiva en cuanto a su recepción por parte de los médicos psiquiatras del Hospital “Dr. Héctor Tovar Acosta”, del Hospital “Dr. Samuel Ramírez Moreno” y del “Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz” lo que permitió diseñar un Modelo mixto para caracterizar el comportamiento informativo de los médicos psiquiatras en su práctica clínica con respecto a sus necesidades de información y a la búsqueda de información para atender a sus pacientes.

Igualmente, anotar que antes de la implementación de los instrumentos, el método etnográfico y la triangulación metodológica usados por el presente estudio los médicos no sabían cuáles eran sus necesidades de información que genera el comportamiento informativo relacionado con su práctica clínica, desconocían los factores preponderantes que influyen para que busquen la información para llevar a cabo su práctica clínica y las habilidades con que cuentan para buscar la información, con lo que quedaron esclarecidos los objetivos específicos y las preguntas de investigación.

Bibliografía

- American Library Association. Presidential Committee on Information Literacy. Final Report. (Chicago: American Library Association, 1989.) Recuperado el 17 de noviembre de 2016, en <http://www.ala.org/acrl/publications/whitepapers/presidential>
- American Psychiatric Association (APA, 2016). Recuperado el 1° de diciembre de 2016, en <http://psychiatryonline.org/guidelines>
- Barrera, C. A. (2014). Formulación de preguntas clínicas para la elaboración de las guías de práctica clínica. En Instituto Mexicano del Seguro Social (Ed.), *Medicina Basada en la Evidencia y Guías de Práctica Clínica* (pp. 11-19). México.
- Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basaurí V, Galván Reyes J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev. Panam Salud Publica*. 33(4):252-8.
- Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basaurí V., Galván Reyes J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana Salud Pública*, 33(4):252-8.
- Burke, M.J., Campbell, C., Dunstone, D., Lamdan, R., Levine, R., Roman, B., Rosenthal, R., Waterman, S., Sierles, F., y Brodkey, A. (2007). Clinical Learning Objectives Guide for Psychiatry Education of Medical Students. on line: www.admsep.org/Clinical_LO_Guide_Outline_Format_Nov_07.pdf. Recuperado el 16 de noviembre de 2016, en https://www.researchgate.net/profile/Theodore_Stern/publication/262929224_Using_Breaking_Bad_to_Teach_About_Defense_Mechanisms/links/5641edb708ae24cd3e429492.pdf
- Calva González, Juan José. (2004). *Las necesidades de información: fundamentos teóricos y métodos*. México: UNAM, Centro Universitario de Investigaciones Bibliotecológicas.
- Campbell, D. T., y Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological bulletin*, 56(2), 81-105.
- Case, D. (2012). *Looking for information: a survey of research on information seeking, needs, and behavior*. Bingley, UK: Emerald Group Pub. Library and information science series (New York, N.Y.). 3ª ed.
- Case, D. O. (2002). *Looking for information: A survey of research on information seeking, needs, and behavior*. San Diego, CA: Academic Press.
- Case, D. O. (2006). Information behavior. *Annual review of information science and*

- technology*, 40(1), pp. 293-327.
- Castelán, M., D., O., y Rivas, R., R. (2014). Capítulo 6. Revisiones sistemáticas y metaanálisis. En Instituto Mexicano del Seguro Social (Ed.), *Medicina Basada en la Evidencia y Guías de Práctica Clínica* (pp. 141-157). México.
- Charlton, B. G., y Miles, A. (1998). The rise and fall of EBM. *Qjm*, 91(5), pp. 371-374.
- Cochrane, Archibald Leman. *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust. 1972.
- Cole, C. (2012). *Information need: A theory connecting information search to knowledge formation*. American Society for Information Science and Technology by Information Today, Incorporated.
- Contrato Colectivo de Trabajo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social 2015-2017, pp. 13, 21-22, 120-121, 401-407. Recuperado el 21 de octubre de 2016. <http://www.sntss.org.mx/images/site/files/contrato.pdf>
- Cowman, S. (1993). Triangulation: a means of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 18(5), 788-792.
- Denzin, N. K. (1970). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Chicago. Aldine.
- Denzin, N. K. (1989). *The research act*. Tercera ed. Nueva York. McGraw Hill.
- Dervin, B. (1983). Information as a user construct: The relevance of perceived information needs to synthesis and interpretation. In S. A. Ward y L. J. Reed (Eds.), *Knowledge structure and use: Implications for synthesis and interpretation* (pp. 153-184). Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Dervin, B., y Nilan, M. (1986). Information needs and uses. *Annual review of information science and technology*, 21, pp. 3-33.
- Dinet J. (2014). *Information Retrieval in Digital Environments*. Hoboken, NJ. London, UK: John Wiley and Sons Inc ISTE Ltd.
- Dinet J. (2014). *Information Retrieval in Digital Environments*. Hoboken, NJ London, UK: John Wiley and Sons Inc ISTE Ltd.
- Dixon, M. A. (1986). Families of adolescent clients and nonclients: their environments and help-seeking behaviors. *Advances in Nursing Science*, 8(2), 75-88.
- Englander, R., Cameron, T., Ballard, A. J., Dodge, J., Bull, J., y Aschenbrener, C. A.

(2013). Toward a common taxonomy of competency domains for the health professions and competencies for physicians. *Academic Medicine*, 88(8), pp. 1088-1094.

Estatuto General del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud 2013-2020, p. 16. Recuperado el 21 de octubre de 2016. https://www.dropbox.com/s/cnja2v08r8hsrsj/ESTATUTO_GENERAL.pdf?dl=0

Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Jama*, 268 (17), p. 2420.

Fidel, R. (2012). *Human information interaction: an ecological approach to information behavior*. MIT Press.

Fineout-Overholt, E., y Johnston, L. (2005). Teaching EBP: Asking searchable, answerable clinical questions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2(3), pp. 157-160.

Fisher E Karen, Erdelez Sandra, Mckechnie, E.F. Lynne ed. *Theories of information behavior*. Medford, New Jersey. ASIST Monograph Series. 3^a ed. 2009.

Fisher, K. E., & Julien, H. (2009). Information behavior. Annual review of information science and technology, 43(1), 1-73. DOI: 10.1002/aris.2009.1440430114

González, A. (2005). *Los estudios de necesidades y usos de la información: fundamentos y perspectivas actuales*. Gijón: Trea.

González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, C., Stevens, G., Barraza-Lloréns, M., Porrás-Condey, R., Carvalho, N., y Murakami, Y. (2006). Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *The Lancet*, 368(9547), 1608-1618.

Hafner, Arthur Wayne. (1989). *Descriptive statistical for librarians*, American Library Association.

Haug, J. D. (1997). Physicians' preferences for information sources: a meta-analytic study. *Bulletin of the Medical Library Association*, 85(3), p. 223.

Heinze, G., del Carmen Chapa, G., y Carmona-Huerta, J. (2016). Los especialistas en psiquiatría en México: 2016. *Salud Mental*, 39(2), 69-76.

Hernández, P. (2001). Formación de usuarios: modelo para diseñar programas sobre el uso de las tecnologías de información en instituciones de educación superior. *Documentación de las Ciencias de la Información*, pp. 24, 151.

Hernández, P. (2008). Introducción-Utilización de métodos cualitativos para realizar

- estudios de usuarios. En Hernández, P. (coord.). *Métodos cualitativos para estudiar a los usuarios de la información*. Colección Cuadernos de Investigación 5. Centro Universitario de Investigaciones Bibliotecológicas. UNAM. México.
- Hernández, P. (coord.) (1997). Seminario latinoamericano sobre formación de usuarios de la información y los estudios de usuarios. México: UNAM.
- Hernon, Peter. (1989). *Statistics for library decision making: a handbook*. Norwood, N.J. Ablex.
- Hu, Y. (2015). Health communication research in the digital age: A systematic review. *Journal of Communication in Healthcare*, pp. 1-50.
- Hymes, D. (1972). Models of the interaction of language and social life. En Gumperz and Hymes, D. (eds.), *Directions in sociolinguistics: The ethnography of communication* (pp. 35-71). London: Basil.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle, WA: IHME, p. 5. Recuperado el 21 de octubre de 2016.
http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport.pdf
- Jacob, K. S., Sharan, P., Mirza, I., Garrido-Cumbrera, M., Seedat, S., Mari, J. J., Screenivas, V, y Saxena, S. (2007). Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet*, 370(9592), pp. 1061-1077.
- Jacoby J. (2009). Optimal Foraging. En Fisher, K. E., Erdelez, S., & McKechnie, L. *Theories of Information Behavior* (pp. 259-264). Asist Monograph.
- Johnson, Robert Rusell. (2003). *Just the essentials of elementary statistics*. Thompson Learning.
- Joseph, P., Debowski, S., & Goldschmidt, P. (2013). Models of information search: A comparative analysis. *Information Research*, 18(3), pp. 18-1.
- Kimchi, J., Polivka, B., y Stevenson, J. S. (1991). Triangulation: operational definitions. *Nursing research*, 40(6), 364-366.
- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B., Andrade L., Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S., y Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana Salud Pública*. 2005; 18(4/5): 229-40.
- Kuhlthau, C. C. (1991). Inside the search process: Information seeking from the user's

- perspective. *Journal of the American society for information science*, 42(5), p. 361.
- Kuhlthau, C. C. (2009). Kuhlthau's Information Process. En Fisher, K. E., Erdelez, S., & Mckechnie, L. *Theories of Information Behavior* (pp. 230-234). Asist Monograph.
- Lau, J. (2007). Directrices sobre desarrollo de habilidades informativas para el aprendizaje permanente. *ResearchGate*. Recuperado el 05 de mayo de 2017, en https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Lau2/publication/242253428_DIRECTRICES_SOBRE_DESARROLLO_DE_HABILIDADES_INFORMATIVAS_PARA_EL_APRENDIZAJE_PERMANENTE/links/544fc1e70cf24e8f7374a604.pdf
- Lau, J. y Cortés, J. (Comps.). (2004). *Normas de alfabetización informativa para el aprendizaje* [versión Adobe Digital Editions]. Recuperado el 28 de abril de 2017, en (la dirección electrónica no volvió a aparecer en la red).
- Lawrie, S. M., Scott, A. I., & Sharpe, M. C. (2001). Implementing evidence-based psychiatry: whose responsibility? *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), pp. 195-196.
- Leckie, G. J. (2009). General Model of the Information Seeking of Profesionales. En Fisher, K. E., Erdelez, S., & Mckechnie, L. *Theories of Information Behavior* (pp. 158-163). Asist Monograph.
- Leckie, G. J., Pettigrew, K. E., y Sylvain, C. (1996). Modeling the information seeking of professionals: A general model derived from research on engineers, health care professionals, and lawyers. *The Library Quarterly*, 161-193.
- López Yepes, J. (2004). *Diccionario enciclopédico de ciencias de la documentación*. Madrid: Síntesis.
- Madrigal de León, E.A. (2016). Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Salud Mental*, 39(4), 235-237.
- Marín-Fernández, Josefa. (1999). *Estadística Aplicada a las Ciencias de la Documentación*. Murcia. DM.
- Martínez Díaz, J. D., Ortega Chacón, V., y Muñoz Ronda, F. J. (2016). El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia: modelos de formulación. *Enfermería Global*, 15(43), pp. 431-438.
- Martínez Jiménez, Maiella Gerardina. (2013). *El impacto de los documentos electrónicos en la investigación filosófica: Comportamiento informativo de los investigadores del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM*. (Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras.)

- Martínez, S. C. y Leal, F. G. (2002). La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. *Revista Estudios Demográficos y Urbanos* (51), 547-569.
- Martín-Moreno. C. (2007). Metodología de investigación en estudios de usuarios/Research methodology in user studies. *Revista general de información y documentación*, 17(2), p. 129. Recuperado el 14 de enero de 2017, en <http://search.proquest.com/openview/3942935d6b775cba3cb02e11974d62df/1?pq-origsite=gscholar>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñiz, C. L., Benjet, C., y Jaimes, J. B. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26(4), pp. 1-16.
- Mental health care—the economic imperative (2011). [En el editorial de la revista]. *The Lancet*, 378, 1440.
- Millán Gámez, Yuribia. (2014). Capítulo 5. Conceptos sobre niveles de evidencia. Escalas para su valoración. En Instituto Mexicano del Seguro Social (Ed.), *Medicina Basada en la Evidencia y Guías de Práctica Clínica* (pp. 119-139). México.
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud. Recuperado el 01 de febrero de 2017, en <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/menu-intercambio-de-informacion-dgis?state=published>
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Recuperada el 31 de enero de 2017, en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5406383&fecha=04/09/2015
- Oliván, S., Antonio, J., Angós Ullate, J. M., Fernández Ruiz, M. J., y Arquero Avilés, R. (2006). Recursos y fuentes de información en medicina basada en la evidencia. *El profesional de la información*, 15 (1), enero-febrero, pp. 53-61.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013. Temas de salud. *Salud mental*. Recuperado el 13 de octubre de 2016. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). mhGAP: *Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. p. 1. Recuperado el 4 de octubre de 2016 de la página de Internet del organismo: http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/

- Oviedo, H. C., y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Página oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013, recuperado el 13 de octubre de 2016. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Página oficial del National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIH), 2014, recuperado el 18 de octubre de 2016. http://www.niams.nih.gov/portal_en_espanol/informacion_de_salud/vitiligo/
- Pérez Perales, J. E. (2011). Marie-François Xavier Bichat y el nacimiento del método anatomoclínico. *Cirujano general*, 33(1), pp. 54-57.
- Porta, M. (2004). Is there life after evidence-based medicine?. *Journal of evaluation in Clinical Practice*, 10(2), pp. 147-152.
- Portal de CONCEPTODEFINICION.DE, 2016, recuperado el 18 de octubre de 2016. <http://conceptodefinicion.de/metodo-cualitativo/>
- Radford, G. P. (1992). Positivism, Foucault, and the fantasia of the library: conceptions of knowledge and the modern library experience. *The Library Quarterly*, 62(4), pp. 408-424.
- Reddy, M. C., y Jansen, B. J. (2008). A model for understanding collaborative information behavior in context: A study of two healthcare teams. *Information Processing & Management*, 44(1), pp. 256-273.
- Revere, D., Turner, M., et al. (2007). Understanding the information needs of public health practitioners: A literature review to inform design of an interactive digital knowledge management system. *Journal of Biomedical Informatics*, 40, pp. 410-421.
- Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J., y Hayward, R. S. (1995). The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *Acp j club*, 123(3), A12-3.
- Rosenfeld, J. A. (2004). The view of evidence-based medicine from the trenches: liberating or authoritarian? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10(2), pp. 153-155.
- Royal College of Psychiatrists. Recuperado el 01 de diciembre de 2016, en <http://www.rcpsych.ac.uk/aboutthecollege.aspx>
- Ruiz López, Gerardo. (2011). *Necesidades de información de pacientes psiquiátricos en el Hospital Dr. Héctor Tovar Acosta del Instituto Mexicano del Seguro Social*. (Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras.)
- Sackett, D. L. (1997, February). Evidence-based medicine. *Seminars in perinatology* 21 (1),

pp. 3-5.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., y Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj*, 312 (7023), pp. 71-72.

Sanz, E. (1994). *Manual de estudios de usuarios*. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez.

Saville-Troike, M. (2003). *The ethnography of communication: An introduction*. (3rd ed.) Malden, Ma.: Blackwell.

Secretaría de Salud de la CDMX. Recuperado el 05 de mayo de 2017, en http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2015/inicio.html

Secretaría de Salud Federal de México. Recuperado el 01 de diciembre de 2016, en <http://www.cenetec.gob.mx/spry/v2/catalogoMaestroGPCgobmx.html>

Seguro Popular. Recuperado el 05 de mayo de 2017, en http://seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/beneficios/Carta_de_Derechos_y_Obligaciones_2017_Versi%C3%B3n_color.pdf

Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. *Estatuto General del 2013-2020*, p. 16. Recuperado el 21 de octubre de 2016. https://www.dropbox.com/s/cnja2v08r8hsrsj/ESTATUTO_GENERAL.pdf?dl=0

Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. *Contrato Colectivo de Trabajo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social 2015-2017*, pp. 13, 21-22, 120-121, 401-407. Recuperado el 21 de octubre de 2016. <http://www.sntss.org.mx/images/site/files/contrato.pdf>

Smith, R. (1996). What clinical information do doctors need?. *Bmj*, 313(7064), pp. 1062-1068.

Sonnenwald D. H. (2009). Information Horizons. En Fisher, K. E., Erdelez, S., & Mckechnie, L. *Theories of Information Behavior* (pp. 230-234). Asist Monograph.

Stake R. E. (2013). Estudios de casos cualitativos (Trad. Verónica Weinstabl de Iraola y Servanda María de Hagen). En Norman K. Denzin e Yvonna S. Lincoln (comps.), *Estrategias de investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa. Vol. III* (p. 176). Gedisa. (Reimpreso de The Sage Handbook of Qualitative Research por Sage Publications, Londres, Nueva Delhi y Estados Unidos.)

Talja S. (2009). The Domain Analytic Approach to Scholar's Information Practices. En Fisher, K. E., Erdelez, S., & Mckechnie, L. *Theories of Information Behavior* (pp. 123-127). Asist Monograph.

- Vargas Terrez, B. E., y Villamil Salcedo, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39(1), 3-9.
- Varlejs, J. (1987). Information seeking: Changing perspectives. Information Seeking: Basing services on user's behaviors. *Proceedings of the twenty-fourth anual symposium of the graduate alumni and faculty of the Rutgers School of Communication, Information, and Library Studies*, 10, April 1986 (pp. 67-82). Jefferson, NC: McFarland & Company, Inc.
- Vega Díaz, Guadalupe. (2009). *Alfabetización informacional: estudio sobre su apropiación en alumnos de primaria*. (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.)
- Vega, G., Rojas, S., y Mazón, N. (2008). Apropiación de habilidades para información: estudio con alumnos de educación primaria. *Revista Investigación Bibliotecológica*, 22 N°45, pp. 79-103.
- Viniegra, O. A., Zaldívar, C. M. A., y Barrera, C. A. (2014). Fundamentos para el desarrollo y actualización de guías de práctica clínica. En Instituto Mexicano del Seguro Social (Ed.), *Medicina Basada en la Evidencia y Guías de Práctica Clínica* (pp. 11-19). México.
- Webb, E. J., Campbell, D. T., Schwartz, R. D., y Sechrest, L. (2000). Unobtrusive measures (Vol. 2). Sage Publications. Recuperado el 19 de marzo de 2017 de https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=LKnOCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=webb+eugene+j&ots=FNRuB6R-y6&sig=VInOVvxm-sd04vuaS_2eGZP5Y0o&redir_esc=y#v=onepage&q=webb%20eugene%20j&f=false
- Wegerif, R., Mercer, N., y Rojas-Drummond, S. (1999). Language for the social construction of knowledge: Comparing classroom talk in Mexican preschools. *Language and Education*, 13(2), (p. 137)
- Wegerif, R., y Mercer, N. (1997). Using computer-based text analysis to integrate qualitative and quantitative methods in research on collaborative learning. *Language and Education*, 11(4), 271-286.
- Wilson, T. (1999a). Exploring models of information behaviour: the 'uncertainty' project. *Information Processing & Management*, 35(6), pp. 839-849.
- Wilson, T. D. (1999). Models in Information Behaviour Research, *The Journal of Documentation*, 55(3). <http://dx.doi.org/10.1108/EUM0000000007145>.
- Wilson, T. D. (2000). Human information behavior. *Informing science*, 3(2), pp. 49-56.

Wilson, T. D. (2000). Recent trends in user studies: action research and qualitative methods, *Information Research*, 5(3). Recuperado de https://scholar.google.com/scholar?q=Recent+trends+in+user+studies%3A+action+research+and+qualitative+methods%2C+Information+Research%2C+5%283%29.&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Wilson, T. D. (2008). The information user: past, present and future. *Journal of Information Science*. doi: 10.1177/0165551508091309

Wilson, T.D. (1984). The cognitive approach to information-seeking behaviour and information use, *Social Science Information Studies*, 4: 197-204. doi: 10.1016/0143-6236(84)90076-0.

Zárate A. El perfil del investigador médico. *Gac Med Mex*.
1985;121(3):255-49.

Anexo A

Normas de Alfabetización Informacional de la *American Library Association*

I. COMPRENSIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL CONOCIMIENTO Y LA INFORMACIÓN

El alumno comprenderá cuál es el ciclo de la información en el que se considera su generación, tratamiento, organización y diseminación, por lo que será capaz de:

1. Conocer los procesos de generación, tratamiento, organización y diseminación de la información.
2. Diferenciar entre conocimiento e información.
3. Distinguir las diferencias entre los diversos tipos y categorías de fuentes de información.
4. Conocer y comprender las características y valor instrumental de los diversos tipos y formatos de información disponibles.
5. Conocer y explicar la importancia de acudir a más de una fuente de información.
6. Identificar los elementos que le dan al conocimiento un carácter de científico.

II. HABILIDAD PARA DETERMINAR LA NATURALEZA DE UNA NECESIDAD INFORMATIVA

Esta habilidad es la más relacionada con la capacidad individual de expresar una necesidad informacional y comunicarla a otra persona o transmitirla a un sistema manual o automatizado de datos. Poniendo en práctica esta habilidad, el estudiante será capaz de:

1. Ordenar sus ideas con claridad y plantearse preguntas sobre el tema que investiga, sea éste algo simple o complejo.
2. Asociar el tema o pregunta con palabras y conceptos jerarquizados que expresen la temática de investigación y establezcan sus alcances y limitaciones.
3. Precisar los objetivos de su necesidad informativa para determinar la información

a buscar y la forma en que la utilizará.

4. Calcular el tiempo que dedicará a la búsqueda de información, en función del tiempo total asignado a la investigación.

III. HABILIDAD PARA PLANTEAR ESTRATEGIAS EFICACES PARA BUSCAR Y ENCONTRAR INFORMACIÓN

La búsqueda de información iniciará a partir de una clara definición y delimitación de la necesidad informativa; después de esto, el estudiante deberá diseñar estrategias de búsqueda, entendidas como procesos ordenados que, al ser aplicados, maximizan las probabilidades de éxito en la obtención de la información. Esta habilidad supone que el alumno sea capaz de

1. Conocer la terminología básica relacionada con los recursos, medios, formas de organización y con los servicios de una biblioteca universitaria.
2. Considerar que la información se encuentra en lugares y medios diferentes, incluso más allá del entorno de la biblioteca.
3. Aplicar el conocimiento y el criterio para determinar cuáles son las mejores fuentes de información.
4. Comprender la lógica y la estructura de las principales fuentes de información en su área, tales como índices, catálogos de bibliotecas y portales digitales, entre otros.
5. Utilizar el lenguaje apropiado, así como los conocimientos y las habilidades para consultar los recursos informacionales.

IV. HABILIDAD PARA RECUPERAR INFORMACIÓN

Una vez localizada e identificada la información requerida, el estudiante debe tener las destrezas y los conocimientos necesarios para obtenerla, por lo que debe ser capaz de ejecutar una estrategia de recuperación ante instituciones, sistemas de información e individuos. Para ello, el estudiante debe ser capaz de

1. Determinar las fuentes y repertorios primarios, secundarios y terciarios.
2. Conocer los diversos medios de almacenamiento físico y virtual de la información (bibliotecas, centros de investigación, organismos nacionales e internacionales, redes, entre otros).
3. Conocer las potencialidades que el uso de la lógica booleana le da a una búsqueda en línea.
4. Identificar los mecanismos de transmisión de información utilizados por las diferentes fuentes.
5. Identificar con rapidez los planteamientos más importantes incluidos en un texto.
6. Acceder a la información realizando los trámites necesarios para allegársela ante las personas u organismos que la produzcan, distribuyan o posean.
7. Recuperar la información que requiere en los distintos formatos.

V. HABILIDAD PARA ANALIZAR Y EVALUAR INFORMACIÓN

Para que el individuo pueda analizar y valorar convenientemente la información que recupera, se requiere de conocimientos y habilidades que estén enmarcados dentro del alcance y profundidad de su investigación o curiosidad intelectual. Para ello, el estudiante debe ser capaz de

1. Confrontar la información que encuentra con sus necesidades de información.
2. Reconocer la autoridad, objetividad y veracidad de la información recuperada.
3. Evaluar tanto la actualidad como el grado de especialización de la información.
4. Distinguir rápidamente entre un hecho respaldado con datos objetivos y una opinión.
5. Identificar los elementos que dan a una publicación el carácter de académica.
6. Saber que los elementos que le dan más valor a un recurso están vinculados principalmente con su contenido y no necesariamente con el formato en que éste se presenta.
7. Combinar el uso adecuado de estos criterios con habilidades de razonamiento que le permitan identificar, en el menor tiempo posible, los elementos más importantes

de cada recurso informativo.

8. Revisar y replantear el problema de información y, cuando sea necesario, realizar los ajustes a las estrategias de búsqueda.

VI. HABILIDAD PARA INTEGRAR, SINTETIZAR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN

El estudiante debe desarrollar la capacidad de incorporar la información obtenida a los conocimientos previos, así como la habilidad para relacionarlos con diferentes campos temáticos y disciplinarios. En esta competencia, el estudiante debe ser capaz de

1. Tomar de la información los aspectos que le sean relevantes.
2. Traducir el nuevo conocimiento a su propio lenguaje.
3. Dominar una técnica que le permita manejar ordenadamente las ideas y planteamientos obtenidos en sus lecturas, entremezclándolas con las suyas propias.
4. Sintetizar la información obtenida tomando en cuenta las fortalezas, debilidades y limitaciones de ésta.
5. Aplicar de manera natural los nuevos conocimientos a su proceso de toma de decisiones y a la elaboración de trabajos académicos, entre otros.
6. Procesar la información para estar en condiciones de comunicarla, de acuerdo con los fines que tenga en mente.

VII. HABILIDAD PARA PRESENTAR LOS RESULTADOS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

El individuo debe desarrollar la capacidad para comunicarse correctamente en forma oral y escrita, lo que supone la habilidad de comprender la información que recibe, así como la competencia de saber expresar lo que piensa en forma lógica y con el vocabulario apropiado. Resulta indispensable para la vida escolar, profesional y personal que el estudiante sea capaz de

1. Identificar a qué audiencia está dirigido su mensaje.
2. Conocer cómo estructurar ordenadamente sus ideas.
3. Saber cómo formular un documento en sus diferentes tipos, como pueden ser ensayos, reseñas, resúmenes, reportes, etcétera.
4. Determinar el estilo más utilizado en su área de conocimiento para redactar y para citar.
5. Aplicar las técnicas adecuadas para la presentación de la información.

VIII. RESPETO A LA PROPIEDAD INTELECTUAL Y A LOS DERECHOS DE AUTOR

Las ideas, conceptos y teorías de otros individuos deben ser respetados como una práctica común; por lo tanto, el estudiante debe tener como principio y práctica

1. Respetar la propiedad intelectual de otros autores.
2. Conocer y respetar los principios, tanto morales como patrimoniales, de la Ley Federal del Derecho de Autor.
3. Aplicar las diversas formas de citar las fuentes consultadas, en el contexto de un trabajo.
4. Conocer y aplicar el manejo de los elementos para integrar una bibliografía.

Anexo B

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 *Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica*

4.1.3 Atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica se denomina al conjunto de servicios que se proporcionan a las personas usuarias, con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener la salud mental en forma continua con calidad, calidez, seguridad y con enfoque comunitario, así como con sensibilidad a las diferencias de género. Comprende las actividades de promoción de la salud, las preventivas, las diagnósticas, las terapéuticas, que incluyen la prescripción farmacológica y psicoterapéutica y las de rehabilitación psicosocial, las cuales se ejercerán con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias.

4.1.4 Atención psicológica es la brindada por personal de psicología clínica entrenado, que forma parte del equipo multidisciplinario de salud mental, quien trata diferentes trastornos mentales y del comportamiento, así como problemáticas de salud mental utilizando psicoterapia y otros recursos terapéuticos, entre los que pueden mencionarse, enunciativa mas no limitativamente, psicoeducación, terapia grupal, entre otros, dependiendo de la gravedad de la patología.

La atención psicológica difiere de acuerdo con el tipo de unidad de atención de salud mental: en las unidades de primer nivel, se realizan detecciones de casos, psicoeducación y actividades preventivas; en las unidades de segundo nivel se atienden casos de forma ambulatoria y en internamiento, y en las unidades de tercer nivel se atiende a personas que están en hospitalización o en alguna unidad comunitaria de rehabilitación psicosocial.

4.1.5 Hospital de día es una de las modalidades del *hospital parcial* que consiste en diferentes tratamientos articulados, como atención psiquiátrica, control de medicación, atención psicológica individual, espacios psicoterapéuticos y actividades de talleres grupales. Esta modalidad se diseña bajo la forma de jornada completa o media jornada, y posibilita la elaboración de estrategias de tratamiento

para el seguimiento intensivo de pacientes, acorde con la complejidad de su patología.

4.1.6 Hospitalización parcial se denomina a la instancia intermedia de tratamiento entre la hospitalización psiquiátrica y la atención ambulatoria. Proporciona servicios terapéuticos médico-psiquiátricos e interdisciplinarios, a los cuales las personas usuarias acuden de forma ambulatoria de acuerdo con el plan terapéutico; existen diferentes modalidades: día, tarde y noche, y entre semana o fin de semana.

4.1.7 Hospital psiquiátrico. Unidad de atención integral médico-psiquiátrica que puede ofrecer atención de consulta externa, urgencias, hospitalización breve, de mediano y largo plazos a personas usuarias de nuevo ingreso o subsecuente con trastornos mentales y del comportamiento.

4.1.8. Urgencia psiquiátrica. Se brinda al paciente que presenta síntomas consistentes en una alteración del estado mental que pone en riesgo su vida y/o la de otros. Estos síntomas pueden comprender ideación o intento suicida, ideación homicida, incremento de síntomas depresivos o de ansiedad, psicosis, manía, trastornos cognitivos agudos, agitación psicomotora, confusión y alucinaciones o cambios súbitos en el comportamiento.

Otros conceptos no son mencionados en la norma citada, por lo que se consultaron otros documentos, sitios web, así como a través de vía telefónica; tales es el caso de admisión continua, hospitalización y extensión hospitalaria.⁴⁵

⁴⁵ ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CONTINUA

Este servicio se encuentra disponible los 365 días del año de 8:00 a 21:00 hrs.

COMPROMISO DEL SERVICIO

1. Intervención psiquiátrica oportuna en los casos que ameriten atención inmediata.
2. Atención en los primeros 15 min de solicitud del servicio para informar el tiempo de espera y recibir consulta según el color del *triage* obtenido:
 - Color marrón: atención inmediata.
 - Color rojo: atención inmediata.
 - Color amarillo: 15 a 30 minutos.
 - Color verde: 30 a 60 minutos.
 - Color blanco: 60 a 120 minutos
3. Proporcionar información suficiente, clara, oportuna y veraz con trato digno y humano.
4. Establecer diagnóstico probable o de certeza.
5. Realizar los estudios que el personal médico juzgue necesarios.
6. Otorgar el tratamiento requerido de acuerdo al diagnóstico.
7. Garantizar una unidad con personal capacitado, equipada y segura para la atención médica psiquiátrica.

En el caso del HHTA, respecto a la formación de médicos residentes solamente, y en el del INPRFM, donde también se brinda instrucción a los médicos residentes, es importante mencionar el apartado once de la norma citada sobre la enseñanza, capacitación e investigación científica.

11. Enseñanza, capacitación e investigación científica

11.1 Las actividades de enseñanza en las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica estarán dirigidas al personal de salud, se realizarán de acuerdo con los principios de ética médica, los instrumentos internacionales garantes de los derechos humanos, los objetivos y posibilidades de la unidad hospitalaria, así como la integración del avance científico en el campo.

11.2 Las actividades de investigación científica que se realicen en las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica se sujetarán a lo dispuesto en la Ley General de Salud, en el Reglamento en materia de investigación para la salud y en las demás disposiciones aplicables.

-
8. Registrar y documentar las acciones realizadas con el paciente en el expediente clínico.
 9. Respetar la confidencialidad del paciente, siempre y cuando no esté en peligro su integridad ni la de terceros.
 10. Referencia a Consulta Externa o a otra unidad médica, según el caso, por el personal médico responsable.
 11. Hospitalización previa autorización de la subdirección de Hospital. Recuperado el 28 de febrero del 2017, en: <http://www.inprf.gob.mx/clinicos/apc.html>

HOSPITAL

La Dirección de Servicios Clínicos dispone de un Servicio de Hospitalización que proporciona atención médica psiquiátrica las 24 horas, los 365 días del año.

COMPROMISOS DEL SERVICIO

1. Proporcionar Atención Médica Psiquiátrica las 24 horas.
2. Proporcionar trato digno y humano
3. Internamiento con firma de Consentimiento Informado.
4. Información suficiente, clara, oportuna y veraz.
5. Recibir el familiar responsable, informe médico psiquiátrico verbal una vez a la semana.
6. Establecer diagnóstico probable o de certeza.
7. Realizar estudios que el personal médico juzgue necesarios.
8. Otorgar el tratamiento requerido de acuerdo al diagnóstico.
9. Disponer de un expediente clínico.
10. Respeto a la confidencialidad del paciente.
11. Si se requiere, referencia a otra unidad médica para interconsulta y/u hospitalización.
12. Alojamiento seguro e higiénico
13. Alimentación suficiente y de calidad.
14. Autorización de visita familiar.
15. Terapia Recreativa lunes a jueves de 10:30 a 12:30 hrs. Viernes de 11:00 a 12:30 hrs. Previa autorización del médico tratante.
16. Opinión del usuario por la atención proporcionada. Recuperado el 28 de febrero del 2017, en: <http://www.inprf.gob.mx/clinicos/hospital.html>

EXTENSIÓN HOSPITALARIA

Actividades que se desarrollan en otros inmuebles institucionales o centros deportivos que refuerzan o estimulan la atención médica recibida por el paciente. Información recabada vía telefónica el 28 de febrero de 2017, 8.45horss, de la dirección del HHTA del IMSS.

Respecto a los lineamientos que rigen a los médicos psiquiatras y en formación de acuerdo con la institución donde laboran, es relevante señalar lo que estipulan sus diferentes contratos colectivos de trabajo.

El Contrato colectivo de los trabajadores de la Secretaría de Salud establece el documento *Condiciones Generales de Trabajo del Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud 2016-2019*, el cual mandata, en el capítulo VII, sección tercera del personal del área médica artículo 73, inciso A, las siguientes categorías de médicos: médica, paramédica y afín; sin embargo, no proporciona una descripción que permita diferenciar entre médicos residentes o internos.

En contraste, el contrato colectivo de trabajo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (CCTSNTSS) del hospital *Dr. Héctor Tovar Acosta* del Instituto Mexicano del Seguro Social es muy claro respecto a las categorías y actividades que ejecutan los médicos en su práctica clínica, a los que clasifica en:

- **Trabajadores de base:** Son todos aquellos que ocupan en forma definitiva un puesto tabulado conforme a las normas de este Contrato.
- **Trabajadores de Confianza:** Son todos aquellos que realizan funciones de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización de carácter general y no tabuladas, así como las relacionadas con trabajos personales del patrón dentro del Instituto (p. 13).

De acuerdo con la sección Profesiograma del CCTSNTSS, el médico no familiar (categoría autónoma) que ofrece atención médica en hospitales, sanatorios y demás establecimientos de este tipo realiza las siguientes actividades: examina, diagnostica e instituye tratamiento medicoquirúrgico a derechohabientes ambulatorios y hospitalizados; labores propias de su profesión en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como en nutriología. Todo lo anterior de acuerdo con las normas e instructivos vigentes en el Instituto. El médico no familiar también efectúa funciones tecnicoadministrativas inherentes al tipo de actividades que tiene encomendadas (expedición de incapacidades,

prescripciones de medicamentos, etcétera.) (p. 121).

Es importante mencionar las actividades que ejecuta el Jefe de Grupo de Médicos, las cuales son:

Además de todas las actividades y características de jornadas que corresponden al Médico Familiar de Tiempo Completo, coordina, supervisa y en su caso corrige desviaciones de las actividades médicas del grupo de Médicos Familiares que se le asignen. Participa en la elaboración de programas de salud y en las actividades técnicas, docentes y de actualización que correspondan a los miembros de su grupo, de acuerdo con los programas de la Dirección de Prestaciones Médicas. Discute y orienta a los médicos de su grupo en el estudio de casos problema que se presenten dentro de la población derechohabiente asignada a ellos. Imparte consulta externa y efectúa visitas domiciliarias, en ausencia de los médicos de su grupo en los días fijos en que descansen (p. 122).

Para los médicos residentes, existe el Reglamento de Médicos Residentes en Periodo de Adiestramiento en una Especialidad (RMRPAE) cuyos artículos 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 describen su categoría y actividades de forma específica; a continuación, se citan los artículos:

- **Artículo 2.** Se considera trabajador Médico Residente en período de adiestramiento en una especialidad, al profesional de la medicina que ingresa en una unidad médica receptora de residentes del Instituto por medio de una beca para la capacitación de sus trabajadores o con propuesta del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, para cumplir con una residencia y recibir instrucción académica y el adiestramiento en una especialidad de acuerdo con el Programa Académico del Instituto.
- **Artículo 3.** El Programa Académico de la División de Estudios Superiores de la Escuela o Facultad de Medicina de la institución educativa correspondiente que será cumplido por el Instituto, contendrá las actividades curriculares y extracurriculares de los trabajadores médicos residentes en período de adiestramiento que deberán cumplir como parte de su instrucción en las Unidades Médicas Receptoras de

Residentes.

- **Artículo 4.** Las actividades curriculares de los médicos residentes comprenderán la instrucción académica, el adiestramiento clínico y la instrucción clínica complementaria.
- **Artículo 5.** La instrucción académica consistirá en conferencias, sesiones clínicas, anatomoclínicas, clínico-radiológicas, bibliográficas y otras actividades similares.
- **Artículo 6.** El tiempo que dedicarán los médicos residentes para recibir la instrucción académica será de un mínimo de cinco horas semanales, con la distribución que en cada programa en particular se precise. En la instrucción académica será requisito indispensable la participación activa de los médicos residentes.
- **Artículo 7.** El adiestramiento clínico se efectuará mediante la enseñanza tutelar que impartirán los Jefes de División, los Jefes de Departamento Clínico y los Médicos de Base. La participación de los médicos residentes será activa y tendiente a actualizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades del mismo y quedará regulada por las normas particulares de cada servicio en las distintas Unidades Médicas Receptoras de Residentes.
- **Artículo 8.** Durante el adiestramiento clínico los médicos residentes no podrán hacerse cargo de manera exclusiva del estudio y tratamiento de los pacientes, por lo que todas las actividades clínicas estarán sujetas a las indicaciones y supervisión de los médicos del Instituto (p. 401).

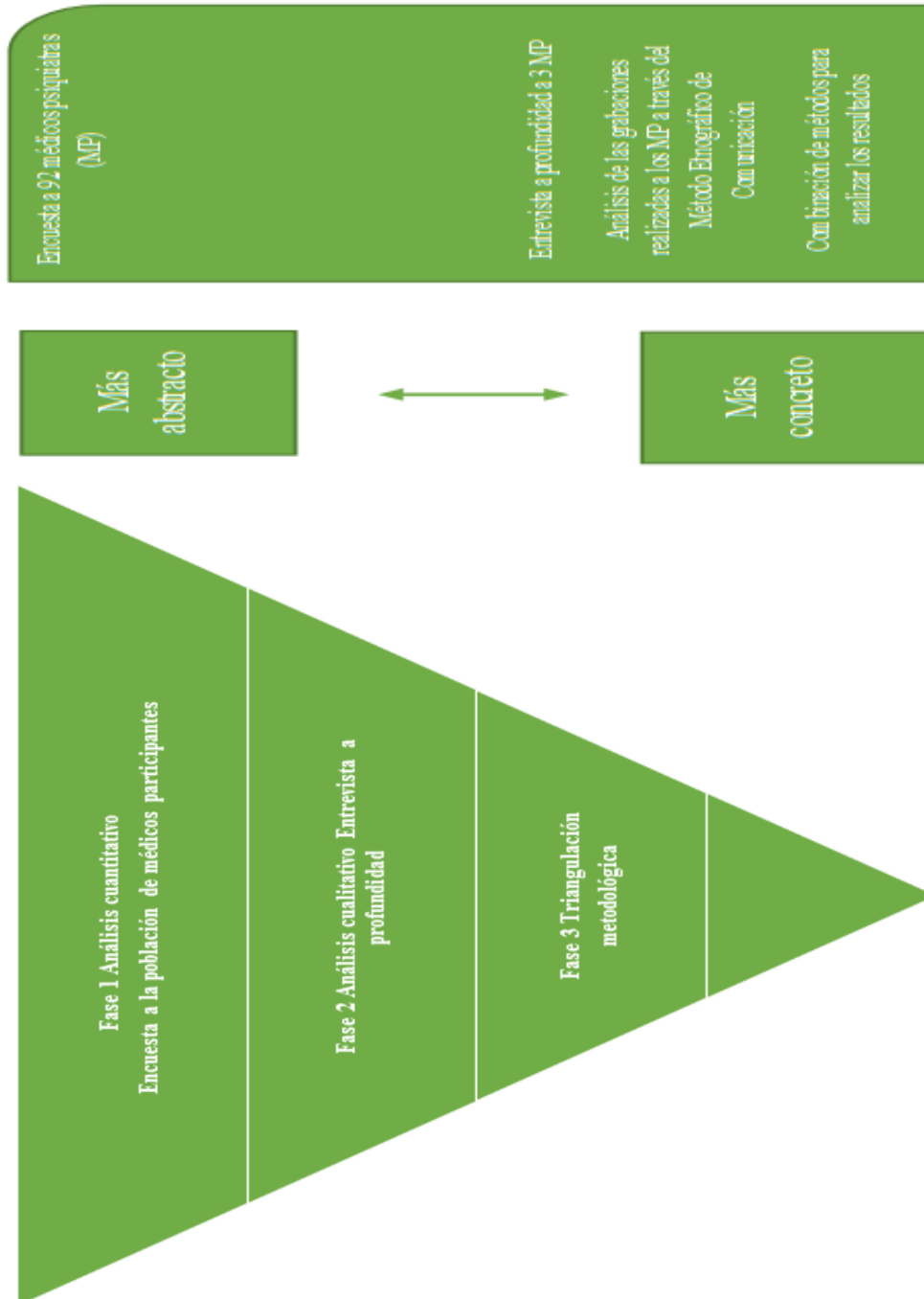
La descripción anterior sobre las categorías y actividades de los médicos motivo de la presente investigación es relevante para entender cómo los galenos están organizados en el sector de salud público mexicano. Como se puede constatar, la motivación de los profesionales de la salud no es suficiente para brindar un buen servicio al paciente; es importante que cuenten con competencias de uso de la información claramente establecidas. Además de ello, debe realizar actividades que están normalizadas por los contratos colectivos y las funciones de los manuales de puestos.

Es significativo mencionar que, dentro de las competencias, el compartir y cotejar información con otros colegas es de vital importancia; asimismo, tienen responsabilidades

claras con la creación y registro de información en el expediente clínico. Lo que estos documentos no prevén son las acciones que se realizan a partir de las dudas que surgen en la práctica clínica, ni tampoco determinan el cómo satisfacen las dudas que se les presentan durante las consultas. En este sentido, se observa que la asistencia a las bibliotecas o centros de documentación puede ser poco factible, por lo que es necesario que en las unidades de atención a la salud mental se cuente con una infraestructura adecuada y moderna que permita ofrecer un servicio a la altura de los requerimientos de los médicos.

Anexo C

Aplicación del DIP en la investigación



Anexo D
Alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.818	528

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Cargo	996.44	22372.379	-.351	.818
Qué actividad realiza	998.44	22283.320	-.021	.818
Qué actividad realiza	997.67	22442.588	-.528	.819
Qué actividad realiza	998.00	22072.706	.541	.816
Antigüedad laboral	990.72	20425.507	.632	.806
Edad	960.89	20050.693	.551	.806
Género	997.39	22251.781	.210	.817
Estudios profesionales	997.67	22280.824	.000	.818
Qué especialidad tiene	998.22	22182.301	.645	.817
Qué especialidad tiene	998.33	22253.647	.116	.817
Qué especialidad tiene	997.33	22399.059	-.263	.819
Sistema Nac Inv	995.78	22305.242	-.254	.818

Qué nivel del SNI	994.67	22280.824	.000	.818
Imparte clases	997.00	22352.588	-.496	.818
Dónde imparte clases	997.00	22494.824	-.287	.820
Realiza práctica clínica	997.61	22269.428	.161	.818

Fuente: Elaboración propia. **Extracto de las variables del estudio para analizar el Alfa de Cronbach con un resultado mayor a .8

