

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN



TESIS

**GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y EL ESTUDIO DE LOS FACTORES
ORGANIZACIONALES ASOCIADOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN
PRIMARIA A LAS ADICCIONES DE BAJA CALIFORNIA.**

PRESENTA

ILSE ABIGAIL ARREOLA SÁNCHEZ

TUTORA

DRA. EUNICE VARGAS CONTRERAS

COMITÉ TUTORAL

DRA. ANA LUCÍA JÍMENEZ PÉREZ

DRA. MARÍA HILDA GARCÍA PÉREZ

ENSENADA B.C., MARZO DE 2020

CONSTANCIA DE DESIGNACIÓN DE SINODO

Por medio de la presente hacemos constar que el tesista **ILSE ABIGAIL ARREOLA SÁNCHEZ** con matrícula **329214** perteneciente a la generación **XVI**, ha concluido con su trabajo de tesis titulado:

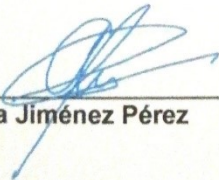
“GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y EL ESTUDIO DE LOS FACTORES ORGANIZACIONALES ASOCIADOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LAS ADICCIONES DE BAJA CALIFORNIA.”

Director de tesis: _____

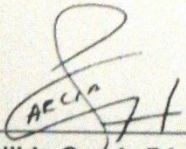

Dra. Eunice Vargas Contreras

Aprobado por los Integrantes del Síno:

1.- _____


Dra. Ana Lucía Jiménez Pérez
Secretario

2.- _____


Dra. María Hilda García Pérez
Vocal

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Dra. Eunice Vargas Contreras por su apoyo incondicional durante todo el proceso de mi trabajo terminal; por inspirarme y motivarme a intentar ver las cosas de una manera diferente; gracias por su experiencia y sus consejos, los cuales me ayudaron no únicamente a nivel académico. Gracias por siempre confiar en mí.

De igual manera, agradezco a mi comité de sinodales; a la Dra. Ana Lucía Jiménez Pérez por sus acertadas sugerencias y comentarios los cuales permitieron mejorar mi trabajo. A la Dra. María Hilda García Pérez por sus valiosas aportaciones y por todo el apoyo brindado durante mi estancia en el COLEF, Campus Nogales y durante los proyectos en los que colaboramos.

Gracias a las instituciones de salud que contribuyeron en este trabajo, brindándome la información necesaria para llevar a cabo esta investigación, así como su tiempo y su confianza.

Agradezco a los directivos y administrativos de la Universidad Autónoma de Baja California; a mis compañeros de clase, a mis maestros y a los especialistas que me apoyaron durante la construcción de mi investigación enseñándome nuevas formas conocimiento.

A la Mtra. Blanca Rascón Luque por brindarme la oportunidad de poner en práctica cada conocimiento adquirido, por siempre motivarme a reconocer mi valor y retarme a aprender cosas nuevas; a mis compañeras de trabajo, a mis pacientes y a mis amigos, los cuales estuvieron pendientes de cada paso que di durante este proceso.

Un agradecimiento especial a mis padres y a mis hermanos, quienes estuvieron amándome, apoyándome y animándome a seguir avanzando y desarrollándome todos los días. A mi novio, José Luis, gracias por tu paciencia y por elegirme todos los días, gracias, por tanto.

Por último, me agradezco por tanta paciencia y perseverancia; por permitirme una vez más no dejarme caer cuando las cosas no salían como esperaba.

Me siento plena con la culminación de este proyecto y sé que vendrán nuevas oportunidades de crecimiento en mi vida personal y profesional, por lo que agradezco infinitamente el darme cuenta de lo bendecida que soy por tenerlos a todos ustedes junto a mí en cada paso de mi desarrollo.

Al fin he concluido esta etapa en mi vida, en la cual cada día me enfrenté a un reto nuevo, comprobando una vez más que la curiosidad y la ciencia, te llevan a los caminos más maravillosos.

¡Muchas gracias a todos!

Investigación realizada gracias al apoyo de CONACYT.

ÍNDICE

RESUMEN	1
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Preguntas de investigación.	9
1.2.1 Pregunta general de investigación.	9
1.2.2 Preguntas específicas de investigación.	10
1.3 Objetivos.	10
1.3.1 Objetivo general.	10
1.3.2 Objetivos específicos.	10
1.4 Justificación.	11
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	13
2.1 Factores organizacionales asociados la gestión del conocimiento en salud.	13
2.1.1 Estudios internacionales.	15
2.1.2 Estudios en México y Latinoamérica.	18
2.2 Gestión del conocimiento.	20
2.2.1 Fundamentos teóricos de la gestión del conocimiento.	20
2.2.2 Dimensiones y actividades de la gestión del conocimiento: el ciclo del conocimiento.	25
2.2.3 Objetivos de la gestión del conocimiento.	29
2.2.4 Modelos de gestión del conocimiento.	31
2.3 Factores organizacionales en la GC.	37
2.3.1 Factores que influyen en la gestión del conocimiento en las organizaciones.	37
2.3.2 Cultura organizacional	38
2.3.3 Liderazgo.	50
2.3.4 Tecnologías de la información y la comunicación.	54
CAPÍTULO 3. MÉTODO	58
3.1 Contexto espacio-temporal.	58
3.2 Diseño y participantes.	58
3.3 Procedimiento.	59
3.3.1 Fase 1: Diseño de instrumento de medición cuantitativo.	59

3.3.2 Fase 1: Recolección de datos cuantitativos.	63
3.3.3 Fase 2: Recolección de datos cualitativos.	64
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	65
Fase 1: Resultados cuantitativos.	65
4.1 Análisis descriptivos.	65
4.2 Análisis correlacionales.	76
Fase 2. Resultados cualitativos.	80
4.3 Análisis cualitativo.	80
CAPITULO 5. DISCUSIÓN	91
5.1. Interpretación de resultados.	91
5.2 Conclusiones y recomendaciones.	107
REFERENCIAS	123
ANEXOS	137

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definiciones de Gestión del conocimiento.....	24
Tabla 2. Dimensiones y actividades de gestión del conocimiento.....	27
Tabla 3. Taxonomía de los modelos en GC.....	32
Tabla 4. Modelos de Gestión del Conocimiento.....	34
Tabla 5. Taxonomía y manifestaciones de la comunicación.....	42
Tabla 6. Concepciones de liderazgo.....	50
Tabla 7. Estilos de liderazgo.....	53
Tabla 8. Distribución de los participantes.....	58
Tabla 9. Distribución de la encuesta.....	61
Tabla 10. Concentrado de resultados de Alpha de Cronbach del instrumento versión final.....	62
Tabla 11. Características sociodemográficas de los participantes.....	65
Tabla 12. Características del puesto de trabajo.....	66
Tabla 13. Medidas de tendencia central de la variable GC.....	70
Tabla 14. Actividades de GC en las UNEME-CAPA de BC.....	70
Tabla 15. Medidas de tendencia central de la variable cultura organizacional.....	72
Tabla 16. Dimensiones de la cultura organizacional.....	73
Tabla 17. Medidas tendencia central de la variable liderazgo.....	73
Tabla 18. Dimensiones del liderazgo.....	73
Tabla 19. Medidas tendencia central de la variable TIC.....	74
Tabla 20. Dimensiones del TIC.....	74
Tabla 21. Coeficientes de correlación de Pearson de las variables creadas.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proceso de comunicación	41
Figura 2. Barreras de la comunicación efectiva	43
Figura 3. Capacitaciones recibidas en los últimos dos años	67
Figura 4. Opinión sobre las capacitaciones recibidas	68
Figura 5. Mecanismos de evaluación.....	68
Figura 6. Información relevante para el desempeño de las actividades.....	69
Figura 7. Herramientas tecnológicas utilizadas en la organización.....	75
Figura 8. Nivel de dominio de TIC en los profesionales de la salud.....	76

RESUMEN

Las organizaciones dedicadas a brindar servicios de salud son complejas y manejan grandes cantidades de conocimiento, por lo cual la gestión del conocimiento (GC) puede ayudar a desarrollar, implementar y mejorar las prácticas administrativas para aprovechar de mejor forma este recurso.

En el presente trabajo terminal de maestría, se analiza la GC y su relación con diversos factores organizacionales internos, como lo son la cultura organizacional, las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) y el liderazgo en las Unidades de Especialidades Médicas - Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) del Estado de Baja California.

Este estudio tiene un alcance correlacional de enfoque mixto presentado en dos fases: una primera fase cuantitativa y una fase cualitativa. Para la recolección de datos cuantitativos, se aplicó una encuesta de respuesta tipo Likert de 81 reactivos ($\alpha=0.977$) a 80 profesionales de la salud que laboran en los Centros de Atención Primaria a las Adicciones en Baja California; en el caso de los datos cualitativos, se aplicó una entrevista semiestructurada a una informante clave.

Con la aplicación del cuestionario Likert, se encontró que la GC y las variables de estudio propuestas (cultura organizacional, TIC y liderazgo) tienen una relación fuerte y estadísticamente significativa ($p<0.000$) destacando el papel del liderazgo ($r=0.816$ $p<0.000$) y la cultura organizacional como los factores mayormente relacionados a la GC en las UNEME-CAPA de Baja California.

En el caso del liderazgo, se encontró que el tipo de liderazgo transaccional ($r=.744^{**}$ $p<0.000$) es el que tiene una mayor presencia dentro de las actividades de

adquisición del conocimiento. Por otro lado, la cultura organizacional tiene una mayor relación con las actividades de transferencia ($r=.753^{**}$ $P<0.000$) y aplicación del conocimiento ($R=.797^{**}$ $P<0.000$).

El factor organizacional de TIC se vio moderadamente relacionado a la GC ($r=.629^{**}$ $p<0.000$); además, se encontró que las actividades de almacenamiento del conocimiento únicamente mantenían una relación mayor con las TIC ($r=.640^{**}$ $p<0.000$) específicamente con el uso ($r=.677$ $p<0.000$).

En el caso de la información obtenida mediante la informante clave, se denotaron algunos aspectos importantes que podrían impactar en la realización adecuada de las actividades de GC y que pudieran estar relacionadas a diferentes barreras en flujo del conocimiento dentro de estos centros de trabajo.

Se concluye resaltando la necesidad de tomar en cuenta el mejoramiento de los sistemas de GC en salud, considerando aspectos de transferencia del conocimiento científico en salud mental, la formación adecuada del profesional de la salud desde los contextos educativos para el manejo de la práctica basada en la evidencia (PBE) hasta los procesos de la práctica clínica y de la toma de decisiones en salud pública, buscando con esto generar rutas de acción que permitan el mejoramiento de la salud y de la calidad de vida de los usuarios que acuden a estos servicios.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

En el contexto actual, en donde la sociedad tiene cambios constantes y nuevas demandas de productos, tecnologías y servicios que posibiliten la cobertura de necesidades emergentes, el uso del conocimiento surge como una solución hacia estos requerimientos en cualquier tipo de organización. El conocimiento es considerado como el cuarto factor de producción además de la tierra, el trabajo y el capital (Bueno, 2007) y ha potencializado al desarrollo económico y social en las sociedades modernas (Avendaño y Flores, 2016).

Por ende, el conocimiento es un eje central dentro de las organizaciones, convirtiéndose en un recurso que debe ser tomado en cuenta dentro del proceso administrativo, ya que es considerado como una fuente de innovación y es una ventaja competitiva en diversos rubros organizacionales (Gourova, Antonova & Todorova, 2009).

Davenport & Prusak (1998) definen al conocimiento como la información contextual e internalización experta que proporciona un marco para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información, originándose y aplicándose en la mente de los conocedores.

Por lo tanto, el conocimiento utilizado en las organizaciones no es únicamente aquel conocimiento documentado o científico, sino también el adquirido por la experiencia, y el cual es un recurso valioso que se encuentra en cualquier tipo de organización como un "objeto intangible" al igual que la creatividad, la iniciativa, las relaciones con los clientes, la innovación y el aprendizaje; sin embargo, al no

presentarse de forma tangible, estos no se encuentran valorados dentro de un informe financiero (Licera, 2016), por lo cual en ocasiones se omite la importancia y el valor que tiene el conocimiento para ser aprovechado de la mejor forma.

En el área de salud, las organizaciones encargadas de brindar estos servicios deberían de utilizar de manera diaria e intensiva el conocimiento científico y las innovaciones desarrolladas como lo son, en este caso los tratamientos e intervenciones, apoyándose de esta manera en la Práctica Basada en la Evidencia (PBE), las cuales son aquellas prácticas clínicas que han demostrado ser eficaces y que consideran las preferencias y características culturales de la población en la cual se interviene, integrando a su vez la experiencia y el conocimiento del profesional de la salud, lo cual pretende ayudar a la toma de decisiones (Martínez-Taboas, 2014).

Como mencionan Heinze, Chapa y Carmona-Huerta (2016), es necesario contar con sistemas de salud adecuados que permitan responder de forma equilibrada a las necesidades de los diferentes usuarios del conocimiento, para lo cual se precisa una dirección adecuada y una inversión económica coherente en los diversos aspectos y áreas que conforman al sistema de salud, como es el caso de la salud mental.

Según el plan de acción sobre salud mental 2013-2020 publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013, los sistemas de salud alrededor del mundo siguen sin brindar una respuesta adecuada ante el aumento en la prevalencia de trastornos mentales, en donde mencionan que en países de ingresos bajos y medios (como es el caso de México) entre un 76% y un 85% de las personas

con trastornos mentales graves no reciben tratamiento, aunque también la cifra es elevada en países de ingresos más altos con un 35 a 50% de prevalencia.

La depresión, los problemas asociados al consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar están entre las seis causas principales de discapacidad, con una notable tendencia al aumento (Rentería, 2018).

El plan de la OMS 2013-2020 reportó que, debido a esta problemática, el impacto mundial de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de 16,3 billones de dólares entre los años 2011 y 2030 (OMS,2013). Además, se ha reportado que la traslación de los resultados obtenidos en la investigación médica a la práctica clínica en contextos reales toma un promedio de 17 años (Balas and Boren (2000) citado por la Addiction Technology Transfer Center, 2011).

Para atacar este y otros problemas derivados de la brecha en salud mental, desde 2008 la OMS se ha dedicado a recopilar las orientaciones técnicas, instrumentos, intervenciones y capacitaciones para ampliar los conocimientos de los profesionales de la salud que prestan sus servicios en países con entornos principalmente de escasos recursos (OMS, 2013).

Este plan se compone de seis principios, entre los cuales se considera la PBE como aquellas estrategias e intervenciones terapéuticas que permitan la promoción de la salud mental basado en el conocimiento científico o prácticas adecuadas que consideren el contexto cultural de donde se apliquen (OMS,2013).

En el caso de México, se han realizado esfuerzos por documentar las principales dificultades para que el conocimiento científico desarrollado en salud mental se implemente de manera oportuna en las organizaciones de salud pública.

De esta manera se ha buscado resolver las problemáticas emergentes y brindar conocimientos efectivos a la población, mejorar la calidad en la atención a los usuarios y optimizar el desempeño organizacional de las instituciones de salud (Martínez, Pacheco, Echeverría y Medina-Mora, 2016; Vargas, Mendoza, Martínez, Lira, Oropeza, Tiburcio, 2016; Vargas, 2016).

Por ejemplo, Martínez et al. (2016) encontraron que la falta de insumos, las necesidades de capacitación, la rotación de personal y el perfil del usuario para la aplicación de los tratamientos disponibles, son algunas de las barreras principales para transferir tecnologías o conocimientos en Centros de Atención a las Adicciones.

Por su parte, se ha hecho referencia a que la falta de evaluación de los resultados obtenidos con la aplicación del conocimiento puede llevar a postergar de forma indefinida la adopción de la PBE para el tratamiento y la prevención en materia de salud mental (Vargas et al., 2016).

Como refieren Medina, Sarti y Real (2015) es importante considerar además a la prevención como parte importante de la mejora en los temas de salud mental en México, teniendo una visión de bienestar a largo plazo y en donde se vuelve necesario accionar hacia las poblaciones más jóvenes, focalizando la atención en la reducción de la prevalencia, recurrencia e incidencia de diversos factores de riesgo como lo son, por ejemplo, el uso de sustancias.

Aunque las investigaciones realizadas en México sobre la utilización del conocimiento científico en los tratamientos e intervenciones realizadas en salud psicológica se han visto desde un enfoque de Transferencia Tecnológica (TT), se

han obtenido resultados interesantes en sus aplicaciones a nivel regional y los cuales, pueden relacionarse con la manera de gestionar o administrar el conocimiento en este tipo de instituciones de salud.

Por ejemplo, se han realizado investigaciones en las Unidades Médicas de Especialidad-Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME-CAPA) del estado de Baja California (Vargas, 2016; Vargas et al., 2016), en las cuales se encontraron algunas situaciones similares a las estudiadas a nivel internacional en el tema de la GC, como lo son la utilización del conocimiento para la toma de decisiones en salud pública.

En dichas investigaciones regionales, se menciona que los terapeutas que laboran en estos centros tienen poca interacción con tratamientos que cuentan con evidencia científica para llevar a cabo sus intervenciones, como lo son los que manuales que ha publicado el Centro Nacional para el Control de las Adicciones (CENADIC), operando incluso de forma distinta a la estructura de trabajo a nivel nacional.

En Baja California, las autoridades del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) instauraron la utilización de dos programas de prevención y atención: el Programa FORMA implementado desde el 2006 por los terapeutas de plazas pertenecientes al estado y del cual hasta el momento no se han reportado evaluaciones o evidencia que dé cuenta de los resultados obtenidos.

Por otro lado, se implementó el programa de Reconstrucción Personal (RP); este programa es aplicado en las Instituciones de Readaptación Social de Baja California por el personal federal, al igual que se utiliza en pacientes ambulatorios,

con el propósito de brindar un soporte para la rehabilitación y readaptación a la sociedad (IPEBC, 2018).

El IPEBC ha realizado esfuerzos para ampliar los servicios de atención en adicciones que se ofertan a la población y ha implementado programas únicos o exclusivos en el Estado con el propósito de brindar una atención integral a la comunidad Bajacaliforniana.

Se considera importante destacar que, según los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) en el último reporte de 2016-2017, comparado con la prevalencia nacional (9.9%) Jalisco (15.3%), Quintana Roo (14.9%) y Baja California (13.5%) encabezan los porcentajes más altos de consumo de cualquier droga ilegal alguna vez en la población de 12 a 65 años (Secretaría de Salud, 2017).

Si bien no se tienen claros los factores determinantes para la obtención de estos resultados, se podría considerar la necesidad de prestar atención al manejo de los procesos y/o actividades que permiten el optimizar los recursos y al capital humano, mediante la cultura organizacional y el liderazgo que se gesta en el día a día dentro de las organizaciones de salud.

También, se considera tomar en cuenta la utilización y el aprovechamiento de las tecnologías de la información como una alternativa ante las crecientes demandas y necesidades de servicios de salud, ya que, al no considerarse, podría llevar a estos sistemas a una crisis mayor, en la cual la escasa inversión y presupuesto debe de ser aprovechado de la mejor manera con programas basados en la evidencia que sean funcionales y permitan francos resultados en un tiempo menor de tratamiento.

Dentro del trabajo de Vargas et al. (2016), se plantean una serie de cuestiones organizativas que permitirían a los terapeutas aprender nuevos procedimientos que apoyen a la adopción de la PBE como lo son capacitaciones, el análisis de la estructura organizacional, los procedimientos y el liderazgo aplicado por las autoridades para la difusión de innovaciones, la comunicación y las redes del conocimiento, así como la utilización de tecnologías de la información y de la comunicación dentro de las UNEME-CAPA, y en los cuales se hace énfasis en la necesidad de considerar la sensibilización tanto de los terapeutas hacia su trabajo clínico como de la organización.

Vargas (2016) brindó algunas de las bases para fortalecer la investigación con respecto a las barreras en la implementación de la ciencia en psicología y en la utilización de estrategias para favorecer este proceso, como lo es la TT en salud pública.

Por lo tanto, se considera importante estudiar la forma en la cual se administra el conocimiento en las organizaciones de salud mental para mejorar la atención y traslación del conocimiento científico hacia la población, es decir, analizar cómo se gestiona el conocimiento que los profesionales de la salud adquieren, organizan, transfieren y aplican para atender las necesidades de la sociedad y como se relacionan aspectos como la cultura organizacional, las TIC y el liderazgo en los procesos de GC en este tipo de instituciones.

1.2 Preguntas de investigación.

1.2.1 Pregunta general de investigación.

¿Cómo se relacionan la cultura organizacional, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y el liderazgo con las actividades de gestión del conocimiento

en los Centros de Atención Primaria a las Adicciones en Baja California (UNEME-CAPA)?

1.2.2 Preguntas específicas de investigación.

- ¿Cuáles son las principales actividades de gestión del conocimiento en los UNEME-CAPA?
- ¿Cómo es la cultura organizacional, las TIC y el liderazgo en las UNEME-CAPA?
- ¿Cuál es la percepción de las actividades de gestión del conocimiento desde el punto de vista de las autoridades de los UNEME-CAPA?
- ¿Cuál es la percepción de la cultura organizacional, las TIC y el liderazgo desde el punto de vista de las autoridades de los UNEME-CAPA?

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo general.

Analizar la relación de la cultura organizacional, las TIC y el liderazgo en las actividades de gestión del conocimiento en los Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME-CAPA) en Baja California.

1.3.2 Objetivos específicos.

- Caracterizar las principales actividades de gestión del conocimiento dentro de las UNEME-CAPA.
- Describir la cultura organizacional, las TIC y el liderazgo en las UNEME-CAPA.
- Conocer la percepción de los coordinadores respecto a las actividades de gestión del conocimiento de las UNEME-CAPA.

- Conocer la percepción de los coordinadores respecto a la cultura organizacional, las TIC y el liderazgo en las UNEME-CAPA.

1.4 Justificación.

El presente trabajo de tesis busca dar seguimiento a la línea de investigación en el tema de la implementación de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) dentro de las instituciones de salud mental, aportando y fortaleciendo la vinculación institucional que han promovido el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) y la Universidad Autónoma de Baja California (UABC).

Esto puede contribuir también al papel de la psicología como ciencia y en sus aplicaciones en un enfoque transdisciplinario con la administración, beneficiando de este modo a la comunidad del Estado de Baja California.

Además, se pretende abonar al conocimiento existente sobre las actividades y prácticas de la gestión del conocimiento en instituciones de salud, principalmente en aquellas dedicadas a la salud psicológica/mental a nivel nacional y el estudio integrativo de algunos de los factores organizacionales internos que sobresalen en la literatura (cultura organizacional, TIC, liderazgo) así como su papel en las actividades de GC de manera conjunta, permitiendo de esta manera ampliar el conocimiento sobre el funcionamiento y dificultades que se presentan en este tipo de instituciones, ya que no se han encontrado estudios en Baja California sobre las actividades de GC en el sector de la salud ni con énfasis en los profesionales de la salud psicológica.

A pesar de los esfuerzos por medir la relación de diversos factores organizacionales como lo son principalmente la cultura organizacional, las TIC y el liderazgo, se han encontrado pocos instrumentos y estudios que asocien las tres variables desde metodologías cuantitativas o complementarias.

Por lo tanto, a nivel metodológico, se plantea el diseño de cuestionario de tipo escala likert que permite la medición de la asociación de los factores organizacionales (cultura organizacional, TIC y liderazgo) en las actividades de GC en instituciones de salud (pública o privada) tomando en cuenta las propuestas teóricas de diversos autores (Nonaka y Takeuchi, 1995; Mul, 2014; Arboleda-Posada, 2016). Además, se propone la utilización de una metodología complementaria mixta con la intención de tener una visión integral del objeto de estudio.

Por otro lado, esta investigación se realiza debido a la necesidad de analizar y plantear los desafíos que, en materia de GC, enfrentan día con día las instituciones dedicadas a brindar servicios de salud mental, sobre todo en cómo se lleva a cabo la gestión del conocimiento administrativo y clínico de los profesionales de la salud, apoyando de esta forma a que los creadores de políticas públicas y a los tomadores de decisiones se planteen nuevas perspectivas para gestionar al capital humano, lo cual podría significar una mejora considerable en la calidad de vida de las personas que acuden a este tipo de servicios, aumentando la eficacia y eficiencia de los tratamientos que se utilicen para atacar los problemas psicosociales que aquejan a la población bajacaliforniana.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Factores organizacionales asociados la gestión del conocimiento en salud.

A finales de los años ochenta, la gestión del conocimiento [GC] surge como un enfoque administrativo que busca la mejora del conocimiento organizacional, el cual adquirió popularidad a inicios de los años noventa con la publicación de *The Knowledge- Creating Company* por Nonaka y Takeuchi (Karamitri, Talias & Bellali, 2015), considerándose a la teoría de la organización creadora del conocimiento como la primera teoría aceptada por la comunidad científica internacional en la cual se fundamenta que las organizaciones son capaces de crear conocimiento a través de los recursos humanos existentes (Lovera, 2009)

Aunque la mayor parte de los estudios teóricos y empíricos en GC se han realizado principalmente en un contexto internacional (Mul, 2014), en los últimos diez años (2009-2019) en México se han publicado diversos estudios empíricos en el tema de GC; principalmente se encontraron investigaciones realizadas en el sector educacional, maquilador, industrial y hotelero.

A pesar de la diversidad de variables de estudio en estos sectores, algunos de los estudios nacionales e internacionales recientes demuestran que la GC puede estar principalmente relacionada con la mejora y fluidez del conocimiento organizacional en actividades de innovación (Mul,2014; Cruz, 2012), el aprovechamiento en el uso de las tecnologías de la Información y la comunicación (TIC) para los procesos del conocimiento como lo son la organización, almacenamiento y transferencia (Calderón y Araujo, 2015).

Además se ha encontrado que los estilos de liderazgo son importantes para la implementación de cualquier sistema o estrategia que permita mejorar el desempeño organizacional (Rodríguez-Ponce, Pedraja-Rejas y Rodríguez-Ponce, 2010) así como también que la GC brinda beneficios financieros cuando las empresas invierten en capacitación de personal y en investigación y desarrollo tecnológico (Vázquez, Guerrero y Núñez, 2014) al igual que la relación existente entre los procesos del conocimiento con la rentabilidad empresarial (Gómez, Rodríguez, y Guaita, 2010).

Por otro lado, en el caso de las organizaciones dedicadas a brindar servicios de salud, se han documentado estudios empíricos que relacionan algunas de las variables expuestas anteriormente y cómo es que la GC como herramienta administrativa puede optimizar el desempeño organizacional (Gaspar & Ferreira, 2016), ofrecer servicios de salud con mejor calidad y a su vez, brindar mayor equidad en la provisión de estos servicios aumentando la eficiencia en la gestión de estas organizaciones, con el propósito de aumentar los beneficios que impactan en la salud de la población (Arboleda, 2016).

Se han realizado estudios empíricos en GC dentro de instituciones de salud pública como hospitales, centros de atención primaria a la salud y otras instituciones en donde la población de estudio estuvo compuesta por profesionales de la salud, principalmente médicos, enfermeras y psiquiatras (Marín y Losada, 2015; Arboleda-Posada y López-Ríos, 2017; Rohajawati, Sensuse, Giri & Murni, 2016; Powell, Mandell, Hadley, Rubin, Evans, Hurford, Beidas, 2017; Gaspar & Frederico-Ferreira,

2015; Distefano, Cataldo, Mongelo, Mesurado y Lamas 2018; Sheng, Chang, Teo & Lin, 2013; Hui-Chuan & Cates, 2018).

En los siguientes apartados se describirán los principales hallazgos encontrados en la literatura internacional y nacional.

2.1.1 Estudios internacionales.

Hui-Chuan & Cates (2018) realizaron un estudio correlacional-causal en Estados Unidos. Fueron enviadas 1500 encuestas vía electrónica, sin embargo, se incluyeron para el análisis de la información únicamente 243 encuestas válidas, dando un total del 16.2% de la totalidad de la muestra. El objetivo de este estudio era investigar cómo la capacidad de las TIC afecta en la capacidad innovadora y la GC en el sector salud a largo plazo. Se encontró que existía una relación significativa entre la capacidad de la TIC y la GC en información, datos y conocimiento, concluyendo que la disponibilidad y el uso de las TIC en las organizaciones de salud, posibilita la capacidad de innovar y crear nuevo conocimiento.

Otro estudio relacionado a las TIC es la investigación realizada en Taiwan por Shen et al. (2013) con 112 directivos, vicepresidentes y médicos, para examinar el papel moderador de las competencias de los participantes, en el uso de las TIC para mejorar la transferencia de conocimientos y mitigar los efectos de dos barreras clave a saber: la inestabilidad del conocimiento y la ambigüedad del conocimiento. En este estudio correlacional, se encontró que existía relación significativa y negativa entre la inestabilidad del conocimiento como la ambigüedad del conocimiento en la transferencia del conocimiento, dando como inferencia que un

mayor nivel de transferencia de conocimientos puede conducir a la innovación competitiva de la organización y a mejorar el servicio de salud. Ellos concluyeron que es necesario incluir el uso de las TIC para la transferencia de conocimiento entre profesionales de la salud teniendo en cuenta que la industria médica se encuentra ante cambios constantes y que pueden ayudar a reducir costos operativos, a su vez es necesario capacitar al personal para el uso de los recursos tecnológicos de las organizaciones a medida que avanza la tecnología para que puedan apoyar en los procesos de la organización de forma eficiente(Sheng et al., 2013).

En el mismo contexto de salud, se han encontrado relaciones significativas entre la GC y la cultura organizacional. Por ejemplo, Tang (2017) realizó un estudio correlacional con 266 médicos en Shanghai, China; el propósito del estudio era investigar la influencia de la GC en la cultura organizacional para dar dirección a la estipulación de políticas en la atención en salud. Se aplicaron cuestionarios a un 71% de la muestra disponible, analizando los datos mediante regresión lineal. Se encontró que existía una correlación positiva entre la GC y la cultura organizacional, la cultura organizacional y el desempeño organizacional y entre la GC y el desempeño organizacional. Este estudio concluye que la cultura tiene un papel mediador entre la GC y la efectividad en la organización, además, que la acumulación de conocimiento posee la cualidad de crear nuevo conocimiento mediante la gestión activa de este recurso, apoyándose de la comunicación y la estructura organizacional para establecer entornos que posibiliten la capacitación de los profesionales de la salud logrando la integración de canales en donde puedan

intercambiarse estos conocimientos para el desarrollo de habilidades para brindar a la población un servicio oportuno y eficiente.

Otro de los estudios encontrados en el tema de cultura organizacional fue el propuesto por Gaspar y Ferreira en 2015. Estos autores realizaron una investigación a 634 enfermeras, asistentes, miembros del equipo administrativo y médicos en seis hospitales públicos en Portugal. El objetivo era analizar la relación entre la percepción de la cultura organizativa (clan, jerarquía, mercado y adhocrática) y la gestión del conocimiento. Para la recolección de información se utilizaron dos escalas likert, una creada por los autores para la medición de la GC y el instrumento Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) desarrollado por Cameron y Quinn (2006) reportando hallazgos de relaciones significativas entre la GC y la cultura de clan, la cual se preocupa por facilitar los procesos organizacionales relacionados al conocimiento (creación, adquisición y transferencia) mediante el trabajo en equipo. Los autores concluyen que el trabajo de los gerentes es el de tratar de cambiar la cultura organizacional, fomentando las culturas de tipo "clan" e intentando minimizar la jerarquía para agilizar los procesos de aplicación y utilización del conocimiento.

De igual forma, al igual que en otros sectores organizacionales, se ha encontrado que el liderazgo en salud puede tener un papel importante en la mejora la calidad del conocimiento al igual que en la aceptación y utilización exitosa de los sistemas de GC.

Un estudio correlacional realizado en dos hospitales de Nueva Zelanda por Ali, Tretiakow, Whiddett y Hunter (2017) a 263 médicos buscaba establecer los

factores críticos de éxito de los sistemas de GC. Se aplicaron cuestionarios de escala Likert de acuerdos del 1 al 7. Los hallazgos encontrados denotaron que el liderazgo impacta fuertemente en la calidad de los sistemas de GC, además que mejora la calidad del conocimiento, al igual que las percepciones sobre los sistemas de gestión y la utilización de los mismos, por lo que es entonces el liderazgo considerado un elemento clave para la promoción del éxito de los sistemas en GC en las organizaciones de salud.

Otro aporte en el tema de liderazgo es el estudio de Powell, Mandell, Hadley, Rubin, Evas, Hurford, Beidas (2017) realizado en Estados Unidos con una muestra de 130 terapeutas, 36 supervisores y 22 administrativos sobre los factores organizacionales predictores sobre el conocimiento sobre la Práctica Basada en la Evidencia (PBE). Estos autores encontraron que a una mayor eficiencia en la cultura organizacional se asocia a un incremento en el conocimiento y en donde se asoció directamente el papel del liderazgo transformacional.

2.1.2 Estudios en México y Latinoamérica.

En el contexto Latinoamericano se observó una menor cantidad de estudios empíricos recientes sobre el papel de la GC en las instituciones de salud. En Colombia, Arboleda-Posada (2014) realizó una investigación cualitativa, para describir los conceptos que 15 directivos tenían acerca de los factores que determinan la GC, como visión estratégica de la organización y política de investigación; identificación, acceso y trasmisión del conocimiento; medios y tecnologías, en las instituciones de salud de mediana y alta complejidad del Valle de Aburra. Dentro de las conclusiones de este estudio, se menciona que es

necesario la inclusión de diversas políticas de investigación, donde se creen lazos entre las instituciones educativas y laboratorios, tratando de crear programas que fomenten la GC. De igual forma, se hace referencia a la creación de políticas internas que permiten la mejora de la comunicación organizacional impactando notablemente en el clima organizacional.

En una investigación realizada por Fierro y Mercado (2011) se aplicaron a 189 empleados de ocho hospitales públicos del Estado de México, se buscó determinar el grado de asociación entre la cultura centrada en el conocimiento sobre la gestión del conocimiento. Se encontró que la cultura centrada en el conocimiento está moderadamente asociada con la GC en un nivel medio y significativo, mencionando que los mandos medios y directivos gestionan el conocimiento de mejor manera si la cultura centrada en el conocimiento es más cálida, otorga mayores recompensas y apoyo y, permite la autonomía dentro del contexto hospitalario.

En otro contexto de salud como lo es la psicología clínica, Martínez et al. (2016) realizaron un estudio cualitativo donde buscaban identificar y analizar las barreras para la transferencia de las intervenciones breves (IB) en el tratamiento del consumo abusivo del alcohol y otras drogas en los centros de tratamiento a las adicciones desde un enfoque de transferencia tecnológica. Con el análisis realizado se encontraron tres tipos de barreras: 1) barreras institucionales, compuesta por los procesos burocráticos y las políticas institucionales; 2) propias del usuario, donde se refieren a la diversidad de usuarios que demandan el servicio y 3) barreras

del terapeuta o investigador en donde sobresalen la falta de capacitación, lenguaje de los tratamientos y el no tener las suficientes bases teóricas sobre IB.

Como se observa, son diversos los factores que influyen en la GC inclinándose al estudio de la cultura organizacional, las TIC y el liderazgo como factores mediadores dentro de contextos clínicos y hospitalarios, los cuales repercuten en la implementación de las PBE como las mejores prácticas clínicas para el logro de los objetivos propuestos, sin embargo, el estudio empírico de estos factores a nivel Latinoamérica y específicamente en México, es poco estudiado, por lo cual, merece la pena realizar investigaciones que integren y comprueben los aportes de la investigación internacional en un contexto mexicano.

2.2 Gestión del conocimiento.

2.2.1 Fundamentos teóricos de la gestión del conocimiento.

Davenport & Prusak (1998) definen al conocimiento como la información contextual e internalización experta que proporciona un marco para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información, originándose y aplicándose en la mente de los conocedores. De acuerdo con estos autores, el conocimiento en las organizaciones consiste no solamente lo que está plasmado en los documentos o en las bases de datos, sino puede verse también en las rutinas, los procesos, las prácticas y normas institucionales.

Por otro lado, autores como Santillan (2010) y Contreras y Huamani (2013) refieren que el conocimiento es una facultad o capacidad humana que se sustenta en las experiencias y que permite identificar, estructurar y transformar la información

existente en decisiones clave que posibiliten la acción o el logro de los resultados deseados.

Por lo cual, el conocimiento en una organización puede verse como un proceso simultáneo en donde el individuo puede conocer su entorno e interviene dinámicamente en él, apoyado en su experiencia (curva de aprendizaje), en sus habilidades, valores, actitudes y creencias (Fontalvo, Quejada y Puello, 2011)

Polanyi en la época de 1960 difundió dos de las dimensiones más mencionadas en la literatura para definir al conocimiento: el conocimiento tácito y el conocimiento explícito, argumentando que es imposible poder separar un tipo de conocimiento de otro (Sheng et al.,2013; Gonçalves, Sass de Haro, Rastrollo y Mondo, 2014).

Por un lado, el conocimiento tácito es aquel basado en experiencias y actividades individuales, siendo parte de la mente y del modelo mental individual, formado y reflejado en las emociones, lo humano, las habilidades, lo cognitivo, observaciones, la información comprendida y de la interrelación con las personas (Becerra-Fernández y Sabherwal, 2010; Hernández, 2016).

Es por esta naturaleza personal en el cual intervienen diversos factores propios de quien lo posee que, en ocasiones, se vuelve difícil el expresarlo para el entendimiento colectivo y con esto formalizarlo, por lo que su transmisión puede ser complicada.

En el caso del conocimiento explícito se hace referencia a aquel conocimiento que puede ser expresado en palabras y números. Este puede ser compartido de manera formal y sistemáticamente en forma de datos, especificaciones, manuales,

dibujos, audio y video, programas computacionales, patentes, entre otros (Becerra-Fernández & Sabherwal, 2010).

Este tipo de conocimiento podría considerarse como aquel conocimiento tácito que logró la transformación y transmisión mediante diversos canales, trasladando ese nivel de personal hacia un nivel colectivo de entendimiento y comprensión de un tema específico.

Posteriormente, otros autores (Nonaka y Takeuchi,1995) realizaron aportaciones en las concepciones de ambas dimensiones, cobrando mayor relevancia en la comprensión de la interrelación que existe entre ambos tipos de conocimiento para la visualización de estrategias que permitan el aprovechamiento y transformación del conocimiento en las organizaciones.

Partiendo de algunas de las perspectivas sobre la definición del conocimiento y al ser este un proceso que conlleva más que la simple exposición de datos, hechos e información, se considera importante realizar una diferenciación entre estos conceptos, debido a que puede llegarse a confundir e incluso manejar como sinónimos del conocimiento.

Para Stumberg (2017), los datos son hechos simples. Este autor pone como ejemplo a los resultados de la bioquímica o el índice de mortalidad. Una vez que se unen diferentes datos, se crea la información. Para el caso del conocimiento, se requiere poner esa información en un determinado contexto, es decir, situarla para que obtenga un sentido.

Más que sinónimos de conocimiento, los datos y la información son componentes claves para el desarrollo del conocimiento, mismo que posteriormente se transforma en experiencia o experticia, al ser capaz el individuo que lo posee de

saber el momento exacto en el cuál es prudente utilizar los conocimientos adquiridos y cómo utilizarlos, adaptándolos a las demandas del medio en diversas situaciones.

Las personas y el conocimiento están estrechamente interconectados, por lo que el conocimiento se convierte en una parte fundamental de las habilidades y competencias, haciéndolas transformarse en expertos y profesionales dentro de sus campos y ganando nuevos conocimientos al aplicarlos en el contexto real, es decir en la transferencia del conocimiento (Rohajawati et al., 2016).

Por lo cual, es necesario lograr un equilibrio entre el uso de ambos tipos de conocimiento y la organización debe considerar apoyarse en las fortalezas que poseen ambos tipos de conocimiento (Nonaka y Takeuchi, 1995) de tal forma que se busquen estrategias que permitan su administración o gestión al igual que a otros recursos.

Es en esta interacción entre lo que el individuo posee como parte de su experiencia y los conocimientos explícitos en la organización lo que brinda a los gestores nuevos retos para la administración o gestión del conocimiento y que marcan la importancia en el aprovechamiento de este recurso.

Partiendo de las aportaciones de Nonaka y Takeuchi en los 90's, se comenzó a difundir la necesidad de focalizar la atención en el aprovechamiento del conocimiento, por lo que desde entonces las definiciones de la GC se han expandido y abarcan una descripción amplia del proceso del ciclo y/o flujo del conocimiento en las organizaciones (Tabla 1).

Tabla 1

Definiciones de Gestión del conocimiento.

Autores	Definición
Davenport & Prusak, 1998.	Proceso sistemático para encontrar, seleccionar, organizar, extraer y presentar la información con el propósito de mejorar la comprensión de algún un aspecto de interés para quienes pertenecen a una organización.
Carrión, 2001.	Conjunto de procesos y sistemas que permiten que el capital intelectual de una organización aumente mediante la gestión de sus capacidades para solucionar problemas de forma eficiente y generar ventajas competitivas.
Cardoso, 2003.	Es crear y desarrollar condiciones organizacionales internas que permitan la optimización de todos los procesos que estén relacionados al conocimiento (crear-adquirir, compartir-diseminar, almacenar, recuperar, usar, entre otros) con el propósito de cumplir los objetivos de la organización.
Suárez, 2004.	Es poner al alcance de cada empleado de la organización la información que necesita en el momento oportuno, para que desarrolle su actividad de manera eficaz.
Gómez, Rodríguez, Guaita, 2010	Sistema que permite la optimización de los activos intelectuales en una organización de los diferentes procesos del conocimiento: creación, adquisición, localización, estructuración, almacenamiento, transferencia, difusión, aplicación y medición, con el propósito de mejorar la rentabilidad.
Hernández, 2016	Enfoque multidisciplinario encaminado al logro de los objetivos de la organización, haciendo el mejor uso del conocimiento en los procesos de captar, desarrollar, compartir y utilizar efectivamente el conocimiento organizacional, teniendo como objetivo el aprovechamiento y conversión del conocimiento en riqueza y estabilidad.

Adaptado de autores.

A pesar de que las investigaciones en GC se han popularizado en los últimos años, su concepto se encuentra aún en fase de desarrollo (Chang, Hsieh, Chen, 2016; Naldöken y Tengilimoğlu, 2017) sin embargo, describen una gama amplia de aspectos y elementos enfocados hacia las personas, procesos y

estructuras(tecnologías) que permiten la interrelación entre ellos, considerándose que esta triada representa las piezas fundamentales para una implementación exitosa de la práctica en GC (Shahmoradi, Safadari & Jimma, 2017).

Para fines de esta investigación, la GC es definida como un conjunto de procesos y prácticas mediante las cuales una organización se transforma y adecua sus condiciones estructurales para adquirir, almacenar, transferir y aplicar de forma efectiva y eficiente los conocimientos de todos los que colaboran en una organización con el propósito de tomar las mejores decisiones que permitirán alcanzar los objetivos organizacionales planteados.

2.2.2 Dimensiones y actividades de la gestión del conocimiento: el ciclo del conocimiento.

Para el cumplimiento de los objetivos de la GC, es necesario el realizar una serie de actividades que propician y favorecen al flujo de conocimiento en las organizaciones.

Pereira (2011) menciona que estas actividades integran lo que se define como “el ciclo de vida del conocimiento” o “la cadena de valor del conocimiento”. Según el autor, el ciclo de vida tiene como objetivo el identificar, adquirir, desarrollar, compartir y retener el conocimiento en una empresa.

Guilló y Fernández (2009) refieren que las dimensiones de la GC no están del todo claras, puesto que es posible analizarse desde diferentes perspectivas teóricas, sin embargo, menciona que las dimensiones principales podrían englobarse en creación, transferencia, almacenamiento, aplicación y uso.

En una revisión sistemática realizada por Galvis y Sánchez (2014), se hace referencia a que existen diferentes formas de denominar a una misma etapa o fase de la GC, sin embargo, menciona que existen cuatro procesos principales dentro de la GC: transferencia (también llamada compartición, diseminación, difusión); adquisición (creación, identificación); almacenamiento (codificación, organización, protección o retención); y la aplicación (utilización, adopción, asimilación) del conocimiento.

Por lo tanto, es clara la diversificación en las denominaciones de los procesos del ciclo de vida del conocimiento, sin embargo, para fines de este estudio, se resumirá en cuatro fases principales: adquisición, almacenamiento, transferencia y aplicación del conocimiento.

Estos procesos dentro del ciclo de vida del conocimiento presentan diversas actividades que facilitan y fomentan el cumplimiento en cada uno de los procesos que lo componen (ver tabla 2).

. Cada una de las dimensiones o etapas es igualmente importante, por lo que se deben contemplar prácticas y herramientas disponibles que estén más conectadas y apegadas a la realidad y al momento vivido por la organización.

Como puede denotarse, el conocimiento tácito adquirido mediante la práctica e interacción con el conocimiento explícito en la organización, puede contribuir a la utilización adecuada de los recursos intangibles.

Además, la GC puede fungir en dos sentidos: como una innovación de organización (el cambio en los procesos organizacionales) y a su vez con la implementación del sistema, brindar condiciones para las innovaciones organizacionales (Avendaño y Flores, 2016).

Tabla 2

Dimensiones y actividades de gestión del conocimiento.

Dimensión	Pregunta clave	Definición	Actividades
Adquisición o Identificación	¿Qué es lo que se quiere lograr y qué conocimiento se necesita para ello?	Proceso en el cual la información es primordial para la toma de decisiones, por lo que se deben analizar cuales conocimientos no se han adquirido (tácito-explicito) en todos los niveles (estratégico, funcional, procesos, personal, etc), al igual que las interrelaciones entre usuarios del conocimiento (internos y externos).	Mapas del conocimiento. Tormentas de ideas (<i>brainstorms</i>). Retroalimentación con los clientes. Experiencias de proyectos realizados. Bases de datos para identificar a los aliados estratégicos. Reclutamiento de consultores especializados. Cacería de talentos. Alianzas estratégicas. Conocimiento documentado. Convenios (licenciamiento/franquicias).
Almacenamiento	¿Cómo se crea y almacena el conocimiento adquirido (explícito y tácito)?	El conocimiento debe de incorporarse y almacenarse en la organización para su reutilización evitando perdidas o fugas de conocimiento valioso.	Documentación de resultados y procedimientos.
Transferencia (compartición)	¿Cómo se transfiere el conocimiento a los diferentes escenarios?	Esta etapa se define como transferir el conocimiento al lugar necesario en el momento adecuado y con la calidad requerida. Es importante la	Persona a persona. Colaboración de talleres. Aprendizaje en el trabajo diario. Capacitaciones. Comunidades de práctica

¿Cómo se desarrolla el conocimiento y cómo son los flujos de ideas en innovación y mejoras?	distribución del conocimiento para que las personas puedan encontrarlo fácilmente y utilizarlo en procesos que agreguen valor.	Proyectos y equipos de trabajo.
---	--	---------------------------------

Adaptado de Galvis y Sánchez, 2014; Pereira, 2011; APO, 2010.

Con esto podrían encontrarse innovaciones o reinversiones del conocimiento que permitan a la organización adquirir y desarrollar nuevos conocimientos de acuerdo con las exigencias contextuales existentes y venideras.

2.2.3 Objetivos de la gestión del conocimiento.

La GC cumple con diferentes funciones y propósitos dentro de las organizaciones, sin embargo, la misión principal es la de crear un ambiente en el cual, tanto la información como el conocimiento se mantengan accesibles y disponibles para todos los que requieran de su uso a su vez que permite estimular la innovación y mejorar la toma de decisiones (Ortiz, Vázquez, González, Álvarez y Rodríguez, 2016).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en 2003 refirió que la importancia de la GC en las organizaciones reside en aspectos como la producción de aprendizajes informales vitales para la organización mediante la realización de actividades laborales diarias; la utilización de las TIC y la evolución en las prácticas en el lugar de trabajo; la necesidad de gestionar la propiedad intelectual de las organizaciones y el uso de estrategias y capacidades para la asimilación, contacto y adquisición de fuentes externas de conocimiento e innovación.

En cualquier organización los objetivos generales de la GC son localizar, identificar, recoger, adquirir, organizar, clasificar, valorar, desarrollar, compartir, utilizar, transferir y difundir el resultado de la integración de la información disponible, las opiniones, las experiencias y los puntos de vista de quienes

colaboran en la organización, para de esta manera utilizarlas a su beneficio (Gómez, Pérez y Curbelo, 2005; Pereira, 2011).

Además, la GC no únicamente puede ser aplicada para aumentar las ventajas competitivas en un sector económico-industrial, sino que también brinda mejoras en sectores como la educación y la salud.

Por ejemplo, en el caso del sector de la educación, se han reportado beneficios dado el incremento de la ventaja competitiva en cuanto a becas, mejoras en bibliotecas, el uso de tecnologías de la información para el aprendizaje, reducción en el tiempo para conducir investigaciones y en el desperdicio de recursos como tiempo y dinero invertido en actividades administrativas (Zainab, Abdullah, Norashikin, 2014)

En el campo de la salud, se han reportado ventajas del uso de la GC en cuestiones de control de costos, la calidad asistencial y en la gestión de la prevención de enfermedades (Tang, 2017). Con esto se crea una institución de salud más competitiva e innovadora capaz de adaptarse a las demandas del contexto para brindar una forma eficiente de gestionar la información y el conocimiento que día a día revoluciona los enfoques clínicos (Arboleda-Posada, 2016).

Es importante considerar que la GC es una estrategia organizacional centrada en las personas que estimula y favorece la funcionalidad y el flujo de los procesos que implican tanto al conocimiento tácito del colaborador o "trabajador del conocimiento" (Drucker, 1994) como al conocimiento explícito que es proporcionado por la organización.

Desde esta perspectiva, puede pensarse que la GC es una estrategia que conlleva beneficios para todo aquel que colabore en una organización, ya que se busca que los saberes y las experiencias se integren a la organización para ser utilizados y aprovechados de manera sistemática, ordenada y eficiente.

2.2.4 Modelos de gestión del conocimiento.

Con el fin de clasificar y categorizar los modelos durante el desarrollo de la GC como una estrategia organizacional, diversos autores (Mc Adam y Mc Creedy, 1999; Kakabadse et al., 2003; Rodríguez, 2006; Barragán, 2009) han creado criterios generales que permiten la comprensión sobre las dimensiones o enfoques principales a los cuales están encausados.

Como refiere Barragán (2009) lo que se pretende con la taxonomía de los modelos es explicar la función y operación de la GC desde diversas perspectivas (teóricas y empíricas) aplicados en contextos específicos. Este autor recolecta las diferentes propuestas taxonómicas de Mc Adam y Mc Creedy, 1999 (centrados en modelos conceptuales, de capital intelectual y los sociales de aprendizaje organizativo), Kakabadse *et al.*, 2003 (filosóficos, cognoscitivos, de red y de comunidad práctica) y de Rodríguez, 2006 (de almacenamiento y transferencia del conocimiento, socioculturales y tecnológicos) para crear una taxonomía integradora que contempla además, una categoría holística la cual permite tener modelos con características que incluyan diversas dimensiones.

Para fines de la presente investigación, se utilizará la taxonomía creada por Barragán (2009), ya que es referida como la que ha logrado tener un mayor impacto y relevancia durante la revisión de los modelos en GC (Díaz y Macías, 2013) con

aportaciones de otros autores que contribuyen a la clarificación de los modelos creados y utilizados actualmente, misma que se presenta en la tabla 3.

Tabla 3

Taxonomía de los modelos en GC.

Categoría	Características	Modelos
Conceptuales, teóricos y filosóficos	Consideran la vertiente filosófica en su concepción. Analizan y explican la génesis, constitución y actuación del conocimiento a través de diversas fuentes y tipos de información, conocimiento, mecanismos de transferencia y formas de conversión de este.	Gestión del conocimiento, Nonaka y Takeuchi (1999); modelo de Boisot; Wiig (1993).
Cognoscitivos y de capital intelectual	Tratan de explicar los procesos que optimizan el uso del conocimiento y su relación causa-efecto.	Balanced Scorecard (Kaplan & Norton, 1996); modelo de Capital Intelectual de Gestión de Conocimiento de Skandia Navigator (Edvinsson, 1997); Gamble y Blackwell (2004)
Redes sociales y de trabajo	Explican cómo se adquiere, transfiere, intercambia y se genera el conocimiento mediante procesos sociales y aprendizaje organizacional.	Triple hélice de Etzkowitz (2003) Ruiz & Martínez, 2007. KMAT (1999)
Científicos y tecnológicos	Promueven el uso de la investigación-desarrollo, el uso de las TIC para la optimizar el uso y aplicación del conocimiento.	COTEC (1999)
Holísticos	Se incluyen aquellos modelos con múltiples características que difícilmente pudieran ser considerados dentro de los primeros cuatro grupos.	McAdam & McCreedy, 1999 Angulo y Negrón, 2008. Mul (2014).

Adaptado con base en Barragán, 2009; Núñez y Molano, 2012; López y Gutiérrez, 2015.

Si bien cada una de las categorías propuestas para la clasificación de los modelos desarrollados aborda factores organizacionales específicos e inclusive

etapas determinadas del ciclo del conocimiento, se considera importante para la elección o creación de un modelo en GC, tener en cuenta una visión integral de la organización; de las necesidades organizacionales y personales (del agente del conocimiento), al igual que la interacción que este tiene con el contexto.

Además, es importante tener en cuenta que al ser la GC una estrategia multidisciplinaria se encuentran estudios provenientes de la ingeniería, la economía, informática, administración, salud, entre otras (McEvoy, Ragab & Arisha, 2017) y cuyas aportaciones y hallazgos encontrados en estas áreas proporcionan la base para la creación de diversos modelos de GC, adoptándose como una estrategia indispensable para la administración de los activos intangibles con los que cuentan las empresas y sectores organizacionales.

De igual manera, al ser la GC una estrategia a utilizar residente en las personas, la mayor parte de las investigaciones realizadas alrededor del mundo son de naturaleza cualitativa (Bornbaum, Kornas, Peirson & Rosell, 2015; Karamitri et al., 2017)

Además, es posible realizar la adaptación de modelos propuestos en otros sectores siempre y cuando estos se acerquen a las necesidades y particularidades de la organización o bien, realizar modelos únicos que abarquen aquellas áreas que se considere pertinente abordar.

Algunos de los modelos mayormente mencionados y utilizados en la literatura consultada, se expresan en la tabla 4.

Tabla 4

Modelos de Gestión del Conocimiento.

Modelo	Principios	Fases o elementos clave	Énfasis
El modelo de GC de Wiig (1993)	Para que un conocimiento pueda ser útil y valioso, debe ser organizado. Dicho conocimiento debe ordenarse de manera tal que se pueda usar.	Creación, captura, renovación, compartir y uso del conocimiento en todas las actividades	Uso de TICS
Conversión del conocimiento, Nonaka y Takeuchi (1995) [SECI]	La creación del conocimiento es un proceso social entre individuos donde la transformación del conocimiento es un proceso interactivo y espiral.	Socialización Externalización Combinación Internalización	Procesos humanos
Modelo de Andersen (1999)	Analiza la importancia de acelerar el flujo de la información valiosa para la organización a nivel individual y colectivo.	Capturar Sintetizar Aplicar Valorar distribuir	Procesos humanos y tecnológicos.
I-Space de la GC de Boisot	En la medida en que se estructuran los datos y se conviertan en información, se volverá más fácil la difusión. De lo contrario, se requiere de un contexto más común y se dificulta la difusión.	Exploración Resolución de problemas Abstracción Difusión Absorción impacto	Procesos humanos, comunicación.
KPMG de Tejedor y Aguirre (1998)	Enfocado hacia el aprendizaje. Se basa en explicar de forma sistemática la influencia de variables que determinan la capacidad del aprendizaje organizacional (Estructura organizativa, la cultura, el liderazgo, los mecanismos de aprendizaje, las actitudes de las personas la	Estructura organizativa. La cultura. Liderazgo. Mecanismos de aprendizaje. Actitudes de las personas. Capacidad de trabajo en equipo.	Redes sociales y de trabajo;

		capacidad de trabajo en equipo, etc).		
Modelo de integración de tecnología Kerschberg (2001)	de	Las fuentes de conocimiento son heterogéneas, por lo que existe la necesidad de una arquitectura optimizada por las tecnologías.	Adquisición Refinamiento Almacenamiento y recuperación Distribución presentación	Utilización de las TICS
Modelo holístico Angulo y Negrón (2008)	de	toma en cuenta la integralidad del individuo, tanto interior como el contexto que lo rodea.	Socialización Creación Modelado Difusión Aplicación	Holístico.
Modelo de Gestión tecnológica del conocimiento, Paniagua y López (2007)	de	Los recursos de conocimiento (agentes y sistemas físicos), interactúan, a través de la socialización, exteriorización, combinación e interiorización para ejecutar la gestión efectiva del conocimiento, relacionándose permanentemente.	Creación Estructuración Transformación Transferencia Almacenamiento Incorporación	Procesos humanos.
Modelo monitor de activos intangibles de Sveiby (1997)		las personas son el único agente verdadero en las organizaciones y las encargadas de crear la estructura interna (organización) y externa (imagen).	Medición de indicadores de crecimiento e innovación Medición de indicadores de eficiencia y estabilidad	Recurso humano.
Triple hélice, Etzkowitz (2003)		Debido a la complejidad de los problemas sociales, al relacionar la universidad, la empresa y el gobierno se mejoran las condiciones en las cuales se genera la innovación dentro de una sociedad	Hélice I: Universidad y entornos científicos Hélice II: Empresas e industrias Hélice III: Administradores y gobiernos.	Procesos humanos

	basada en el conocimiento.		
Atribución de sentido de Choo (1998)	Enfatiza los aspectos psicológicos de la toma de decisiones y de la creación del conocimiento, tomando en cuenta las limitaciones en la racionalidad. Se centra en cómo el conocimiento es seleccionado e incorporado a la base de conocimiento y acción de la organización.	Percepción Creación de conocimiento Toma de decisiones.	Procesos humanos (Cogniciones)
Modelo teórico (Mul,2014)	Enfatiza aspectos de los tres factores organizativos (liderazgo, TI, cultura organizacional) y se centra en las relaciones entre estos factores y la gestión del conocimiento.	Adquisición Almacenamiento Compartición Aplicación Protección	Holístico

Adaptado con base en Gómez, 2006; Mul, 2014; López y Gutiérrez, 2015; Hernández, 2016; Avendaño y Flores, 2016.

Como se menciona, para la construcción de un modelo de GC se deben considerar las necesidades propias de la organización, es decir, la organización debe ser vista como un todo (Pereira, 2011) donde se fomente la participación de aquellos que se encuentren relacionados con el conocimiento para asegurar una implementación exitosa de la estrategia.

De acuerdo con Mul (2014) a pesar de que cada modelo es distinto, es difícil que un modelo se aplique en estado puro, sin modificaciones, en un contexto real,

ya que tienden a mezclarse unos con otros dependiendo de las necesidades de la organización.

Por lo cual, en ocasiones la mejor opción puede ser el desarrollo de un modelo que se base en una perspectiva ecléctica que permita considerar los aspectos fundamentales y las similitudes entre los diversos modelos de GC (Gómez et al., 2005; López y Gutiérrez, 2015), tomando en cuenta la existencia de tres pilares fundamentales: las personas, los procesos y la tecnología (Shahmoradi et al., 2017) llegando de este modo a una visión holística del objeto de estudio.

Estos tres pilares permiten la búsqueda de una visión integral de los factores que componen a la organización como un todo, que permite la apreciación de las interacciones, las particularidades y los procesos de las organizaciones (De Freitas y Yáber, 2014).

2.3 Factores organizacionales en la GC.

2.3.1 Factores que influyen en la gestión del conocimiento en las organizaciones.

La literatura sobre GC en diferentes ámbitos organizacionales, denota la prevalencia de condiciones o factores que intervienen en el estudio e implementación de cualquier tipo de sistema de gestión en cualquier tipo de empresa.

Mul (2014) refiere que estos factores pueden tener un papel facilitador o inhibidor en la gestión del conocimiento al apoyar o limitar las actividades que componen desde la adquisición hasta la aplicación de este recurso.

De tal forma, que el estudio de los factores organizacionales permite obtener mayor información sobre aquellos que tienen una mayor influencia en cierto contexto (Castillo, Corral y Aldape, 2017) considerándose como cuestiones internas y controlables por la organización (cultura organizacional, políticas internas de trabajo, clima organizacional, liderazgo) o externas, referentes a las demandas del medio como el mercado, las políticas públicas o gubernamentales, entre otras.

Cada organización posee características y objetivos particulares que permiten que el conocimiento se difunda, se utilice y se aproveche de tal manera que se convierta en ventaja competitiva para el sector en el cual se aplique la GC, lo cual hace necesario analizar aquellos factores internos que pudiesen tener una influencia significativa en la gestión de dicho conocimiento, como lo son: la cultura organizacional, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y el liderazgo.

2.3.2 Cultura organizacional

El estudio de la cultura organizacional data desde las aportaciones de la escuela de la administración de las relaciones humanas donde a partir de los experimentos de Elton Mayo en 1927, se comienza a reconocer la realidad organizacional desde un punto de vista subjetivo e informal (Naranjo, Pérez y Roque, 2009).

En los últimos treinta años, la cultura organizacional se ha convertido en un aspecto importante de investigación debido a los continuos cambios del entorno que influyen en el comportamiento interno de la empresa (Carrillo, 2016).

La cultura organizacional juega un papel importante ya que es mediante esta que se regula y se manifiesta el clima organizacional, a través de la comunicación

del lenguaje y la utilización de metáforas que pueden comprenderse las situaciones a pesar de las diferencias de contexto (Nonaka y Takeuchi, 1995).

Para Salazar, Guerrero, Machado y Cañedo (2009) la cultura organizacional es un patrón general de conductas, creencias y valores que se comparten entre los miembros de una organización que hace que se distinga de otras.

Fierro y Mercado (2011) definen a la cultura organizacional como un conjunto de componentes complejos como lo son las interacciones, los procesos y los sistemas formales e informaciones que se comparten entre quienes integran una organización.

Se podría considerar que existen cuatro aspectos principales en la influencia de la cultura organizacional en la GC: 1) la cultura determinará la importancia y utilidad del conocimiento, 2) es mediadora de las relaciones entre los diferentes niveles del conocimiento, por lo cual es una predictora de las normas y reglas de cómo el conocimiento se difundirá en la organización, 3) la cultura genera un contexto determinado para dar lugar a la interacción social, tomando en cuenta las normas, prácticas y percepciones que son mayormente aceptadas y que determinan el ambiente de comunicación entre los agentes del conocimiento de diversos niveles jerárquicos y 4) la cultura da lugar a la creación y adopción de nuevo conocimiento en donde las organizaciones necesitan una cultura orientada al conocimiento que permita no únicamente su distribución, sino su utilización que brinde ventaja competitiva a la organización (De Long & Fahey, 2000; Fierro y Mercado, 2011).

Estos aspectos y sus componentes complejos y propios de cada organización se crean mediante las relaciones entre las personas que colaboran en la organización y en ocasiones, es esta misma relación la que podría crear barreras

que permitirían tener o mantener una cultura basada en el aprendizaje continuo y en el conocimiento.

Cuando se tiene una cultura enfocada en el conocimiento, esto generará impacto en crear y mantener un entorno donde se posibilita el adquirir, almacenar, compartir y aplicar el conocimiento (Mul, 2014).

Sin embargo, para que ese entorno sea posible, es necesario crear una cultura organizacional donde la información y el conocimiento se valoren, se compartan, se gestionen y se usen de forma eficaz y eficiente, además, esto permitiría proporcionar la base para el conocimiento efectivo y el aprendizaje organizacional (Ortiz et al., 2016; Mueller 2014)

Por ello, puede considerarse que el conocimiento de la organización es el resultado de la integración del pensamiento colectivo, es decir, de todos los que componen y se interrelacionan con la organización, puesto que son actividades propias de las personas y surgen de la interacción con los grupos de trabajo, las diferentes jerarquías, el contexto donde se desenvuelvan y la aplicación que realicen con el conocimiento adquirido, expresado en las mejores prácticas y en la gestión de los procesos de estas (Agudelo, Martínez y Ortiz, 2013).

Para que este conocimiento llegue, es necesario tener en cuenta una serie de componentes presentes en la cultura organizacional como lo son la comunicación, la estructura organizacional y el trabajo en equipo, mismos que se describen a continuación:

a. Comunicación

La comunicación puede definirse como un proceso en el cual se transmiten y se reciben mensajes y/o ideas entre dos o más individuos, ya sea a través del lenguaje o por otros medios (Fontalvo et al., 2011).

Griffin, Phillips & Gully (2016) mencionan que la comunicación es el proceso de transferir información de una persona a otra para crear un sentimiento y comprensión compartidos (pp.337).

Por su parte, Louffat (2015) refiere que la comunicación es el proceso por el cual un emisor transmite un mensaje codificado por medio de un canal, que es recibido y decodificado por un receptor, quien luego de comprenderlo, en parte o totalmente, procede a dar una respuesta (pp.247) (ver figura 1)

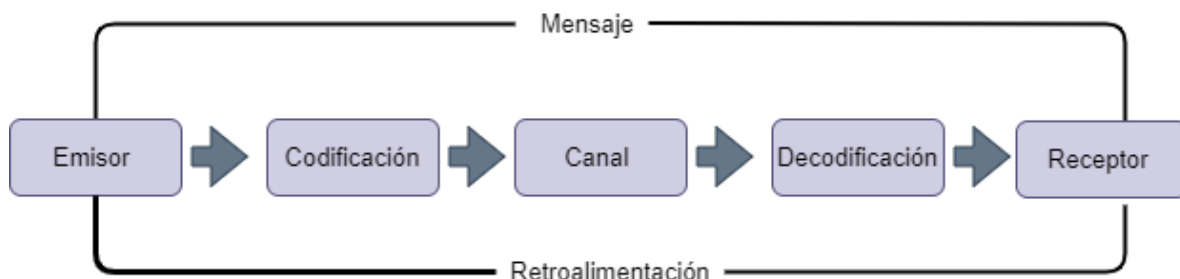


Figura 1. Proceso de comunicación. Adaptado de Louffat (2015).

Según Hellriegel, Jackson & Slocum (2017) cuando el receptor proporciona una retroalimentación del mensaje que el emisor ha enviado, el ciclo de la comunicación está completo.

Siguiendo a estos autores, refieren que la comunicación puede ser formal o informal, verbal o no verbal y se manifiesta de diferentes maneras como por ejemplo

en las interacciones cara a cara, llamadas telefónicas, correo electrónico, notas, memorandos, videos, presentaciones orales, entre otros.

Griffin & Van (2016) señalan que la comunicación es una de las habilidades gerenciales más importante para transmitir ideas a los subordinados, coordinar el trabajo con los compañeros y mantener informados a los administradores de los altos niveles sobre lo que está sucediendo.

La comunicación está ligada con diversos procesos gerenciales como son la planeación, la organización, la dirección y el control (Hellriegel et al., 2017; Griffin & Van Fleet, 2016) por lo tanto, es preferible que el proceso de comunicación sea efectivo, es decir, que el mensaje que se brinde sea lo más cercano al proceso de comprensión del otro para que el mensaje sea entendido de la forma adecuada.

Según Louffat (2015) y Hellriegel et al. (2017) los procesos de comunicación se pueden manifestar en la siguiente taxonomía (tabla 5):

Tabla 5

Taxonomía y manifestaciones de la comunicación.

Clasificación	Tipo de comunicación	Definición
Tema	Formal	Sigue las relaciones oficiales y los aspectos formales de la empresa y/o institución.
	Informal	Se refiere a aspectos cotidianos
Manifestación	Escrita	Empleo de textos escritos para transmitir el mensaje.
	Verbal	Empleo de palabras para transmitir un mensaje.
	No verbal	Empleo de movimientos del cuerpo, gestos, expresiones con significados evidentes.
Direccionalidad	Descendente	Transmisión de mensaje desde un superior jerárquico hacia un subordinado.

	Ascendente	Transmisión de un mensaje desde un subordinado hacia un superior jerárquico.
	Lateral	Trasmisión de mensajes a un colega de su mismo nivel jerárquico.
	Diagonal	Transmisión de un mensaje a un colega de otro rango o nivel jerárquico (departamento)
	Circular	Transmisión de mensaje de un colega a otro y retransmitiéndose a otros colegas hasta llegar al colega que envió el mensaje por primera vez.
	Redes	Transmisión simultánea de un mensaje a diversos colegas sin importar el área o nivel jerárquico.
Medio	Persona-persona	Transmisión de mensaje por medio del contacto personal.
	Virtual-electrónica	Transmisión de mensaje por medios virtuales o electrónicos como computadoras, videoconferencias, celulares, etc.
Por ámbito	Interorganizacional	Los mensajes son transmitidos únicamente dentro de la empresa
	Interpersonal	Los mensajes se transmiten al exterior de la empresa.

Adaptado de Louffat (2015) y Hellriegel et al. (2017)

A pesar de que los procesos de comunicación pueden llevarse a cabo simultáneamente, el objetivo de la comunicación efectiva es la transferencia del mensaje adecuada e integra del mensaje, por lo tanto, en este proceso pueden existir ciertas barreras organizacionales que impactan directamente en el resultado la comunicación efectiva (ver figura 2).

En el caso de las empresas, la comunicación organizacional podría considerarse como un factor de desarrollo óptimo, ya que la comunicación al interior de las empresas puede acelerar, detener o anular los procesos de innovación y de generación de conocimiento.

Gramaticales o lingüísticas

- Se relacionan con fallas en el uso correcto de la gramática en cuestiones de vocabulario, redacción, semántica, entre otras.

Fisiológicas

- Relacionadas con discapacidades fisiológicas (discapacidad visual, física)

Físicas

- Se atribuyen a problemas del medio o del instrumento para realizar la comunicación (equipos, computadoras).

Psicológicas

- Relacionadas y centradas al ser humano, su personalidad, sus valores, actitudes y creencias.

Sociológicas

- Relacionadas con asociaciones por características comunes entre las personas que lo componen (como el nivel educativo, el área de experiencia)

Figura 2. Barreras de la comunicación efectiva. Adaptado de Louffat (2015) y Hellriegel et al. (2017).

Como puede verse, son diversos los factores que pueden impactar directamente en el quehacer diario en cualquier tipo de organización y en cualquier área que la componga con la cual sea necesario mantener un diálogo constante para la toma de decisiones y obtención de resultados.

Es importante tomar en cuenta que la comunicación es un medio importante para la adquisición de nuevos conocimientos, para el desarrollo de un pensamiento divergente y creativo (Espíndola, 2011) y, por ende, también es un medio primordial en otros procesos como la transferencia de conocimientos y el intercambio de saberes entre quienes colaboran en cualquier tipo de organización.

Además, una barrera común relacionada con los problemas en el flujo y la utilidad de la información compartida, incluyen principalmente los retrasos en la recepción de información; problemas con la integridad o fiabilidad de la información; escasa relevancia de la información disponible (nivel técnico, cantidad y calidad); y desafíos con el acceso a la misma (Sylla, Robinson, Raney & Seck, 2012).

Para que la comunicación entre el recurso humano se maneje de manera eficiente y eficaz, es necesario tener un entendimiento claro de los aspectos que componen la estructura organizacional y comunicativa, esto mediante la búsqueda de herramientas que propicien el flujo comunicacional del conocimiento dentro de los diferentes departamentos o equipos de trabajo que colaboran en una organización.

b. Trabajo en equipo.

El trabajo en equipo es un aspecto importante dentro de la gestión del conocimiento, pues permite no únicamente el intercambio o la transferencia de los conocimientos, sino que también aporta importancia en el conocimiento que se adquiere y en lo que se aplica dentro de una organización para lograr los objetivos propuestos.

Benevene, Cortini y Callea (2011) refieren que un equipo es un grupo de dos o más personas que comparten uno o más objetivos realizando tareas mientras interactúan (física y/o virtualmente), trabajando de esta manera de forma interdependiente, teniendo diferentes roles, responsabilidades, límites y vinculación con los diferentes departamentos de la organización, ante los cuales son responsables de manera colectiva por el trabajo realizado.

Según Malpica, Rossell & Hoffmann (2014) un equipo es un número reducido de personas con habilidades que se complementan y que están comprometidas con la responsabilidad del cumplimiento de un objetivo en común, interactuando entre sí y delimitando a un líder de equipo para seguir y conseguir su propósito en común.

Louffat (2013) menciona que un equipo de trabajo es un conjunto de personas con competencias personales y profesionales que se reúnen en un tiempo y espacio determinados de manera programada y consciente, para alcanzar un objetivo en común. Por lo tanto, el trabajar en equipo requiere de otros elementos como lo son la gestión de los recursos propios y de los externos, al igual que de conocimientos, aptitudes y habilidades que le permiten a una persona adaptarse y acercarse al éxito en una situación dentro de un contexto determinado (Torrelles, Coiduras, Isus, Carrera, Paris & Cela, 2011)

Es importante recordar que las organizaciones de salud son empresas complejas, por lo tanto, el trabajo en equipo podría considerarse como un proceso complejo en donde diferentes representantes de distintas disciplinas se reúnen para compartir sus experiencias clínicas, sus conocimientos y habilidades a favor de mejorar el cuidado y servicio hacia el paciente (Sanabria & Castañeda, 2016).

La OMS (2010) refiere que mediante la colaboración en equipos de trabajo puede lograrse una educación interprofesional en donde los recursos humanos en salud desarrollen conocimientos y se conviertan en una fuerza de salud "colaborativa y lista para la práctica" (*collaborative practice-ready*), en la cual se trabaje de manera conjunta para proporcionar y ampliar la gama de servicios integrales en salud.

Por lo tanto, puede considerarse que el trabajo en equipo es de suma importancia para los procesos de aprendizaje y mejoramiento de las habilidades clínicas del profesional de la salud, y en este caso del papel del psicólogo en las organizaciones de salud tanto públicas como privadas.

Al mismo tiempo el trabajo en equipo permite poner en práctica una serie de procesos como lo son pensar, hablar, reflexionar, intercambiar y elaborar estrategias con el propósito de mejorar la atención que se brinda al paciente, intentando evitar el trabajo aislado y con escasa comunicación (Gómez, 2004).

Mohamed & Amr (2013) mencionan que para trazar donde se encuentra el conocimiento dentro de la organización con mayor precisión es necesario analizar tanto el flujo del conocimiento como el papel de los distintos miembros en la adquisición e intercambio de conocimientos.

En las organizaciones, hay personas que están dispuestas a compartir sus conocimientos con los demás. Estos han sido encontrados en la literatura como intermediarios del conocimiento (Armstrong, Waters, Croket, Keleher, 2007), “*knowledge brokers*” (Bornbaum et al., 2015), o seguidores de la misión (Vargas, 2016) mismos que proporcionan el elemento humano necesario para favorecer la interacción, la comunicación, el *mentoring*, la construcción de las habilidades e intercambio de conocimientos requeridos para una transferencia efectiva de conocimientos.

Las personas que ejercen esta función en las organizaciones pueden motivar a los trabajadores al seguimiento de protocolos y manuales, además de fomentar la

utilización de la investigación como principal técnica de adquisición y transferencia del conocimiento, fortaleciendo a la comunidad científica en cualquier disciplina.

Si bien el trabajo en equipo puede ser una forma dinámica y se pueden obtener muchos beneficios, es importante entender que trabajar en equipo de forma eficiente es una habilidad personal que en muchas ocasiones puede limitar el cumplimiento de los objetivos en una organización (Chiavenato, 2007) si esta no es desarrollada, guiada y/o fomentada por parte de quienes dirigen a las organizaciones.

Por lo tanto, se debe estar al tanto de las interacciones entre las personas que colaboran en la organización, a su vez gestionar adecuadamente el trabajo que se realiza entre ellos, para que de esta manera puedan obtenerse mejores resultados en los objetivos y metas que la organización se plantee a favor de incrementar el bienestar de los usuarios que acuden a los servicios de salud.

c. Estructura organizacional.

La estructura organizacional se refiere a aquellos sistemas formales (normas y procedimientos) que regulan el desarrollo del trabajo (Segredo, Rigñack, García, Perdomo, León & García, 2015).

Pria y Noriega (2011) refieren que además de un sistema formal, la estructura organizacional son las políticas (obligaciones y responsabilidades, guías, entre otros) que permiten la estructuración de un grupo de trabajo en donde se establecen, se transmiten, se median y se controlan las actividades de trabajo. procedimientos, directrices, entre otros) bajo lo cual se estructura el grupo, se establecen, transmiten, concilian y controlan las tareas.

Según la estructura que se tenga en la organización, dependerán cinco aspectos: 1) el entendimiento de las políticas y de los objetivos en la organización, 2) el establecimiento de rutinas de trabajo eficientes, 3) un sistema de documentación para la empresa, 4) el flujo dinámico de la información entre los distintos niveles de la empresa y 5) el mejoramiento de la curva de aprendizaje (Fontalvo et al., 2011).

Sin embargo, también es necesario comprender y formalizar redes funcionales dentro de la organización, es decir: redes que conectan a todos con todos (Hernández, 2016) misma que en ocasiones no es la principal función de las jerarquías; una de las principales funciones de las jerarquías es crear canales de comunicación formales entre áreas organizacionales, que en muchas ocasiones no se encuentran interconectadas unas con otras.

Por lo tanto, es necesario realizar un análisis de flujo en la red social del conocimiento, donde factores como la comunicación y la cultura organizacional, pueden permitir la detección de las brechas existentes entre lo que los profesionales con cierto nivel de experticia realizan en el contexto clínico y las demandas o requisiciones realizadas por la institución u organización de salud.

Mc Evoy, Ragab & Arisha (2017) refieren que las organizaciones públicas, deben permanecer y adaptarse a los cambios que la economía del conocimiento conlleva, sin embargo, tienden a ser altamente burocráticas y con jerarquías rígidas, pudiendo crear barreras notables en la GC.

En este sentido, las instituciones de salud necesitan tener estructuras organizacionales que les permitan responder de manera efectiva a las exigencias

internas y las exigencias del medio en donde se desarrolla la organización, teniendo claros los roles y los papeles que desempeña cada uno de los elementos y recursos humanos que componen a la estructura organizacional, y de este modo realizar las adaptaciones necesarias a favor de alcanzar los objetivos y metas propuestas por la organización.

2.3.3 Liderazgo.

Las personas y el conocimiento están estrechamente interconectados puesto que la transferencia del conocimiento es un proceso humano en donde surgen las habilidades y competencias que permiten el cumplimiento de los objetivos organizacionales. En esta interacción social, destaca el papel del liderazgo.

Si bien no existe una definición universal de liderazgo, se han propuesto concepciones interesantes sobre el papel del líder en las organizaciones (ver tabla 6).

Tabla 6

Concepciones de liderazgo.

Autor	Definición
Duro (2006)	Una situación de "superioridad" que algunas personas tienen dentro de las organizaciones debido a sus cualidades personales y sus formas de actuar lo cual lleva al equipo el cual dirige a llevar a cabo el cumplimiento de los fines u objetivos organizacionales.
Gómez, 2008	Persona que, por medio de su interacción, ejerce influencia sobre un grupo de personas (seguidores). Esto debido a diversas cualidades como son: la comunicación asertiva, la creatividad, la proactividad y el trabajo en equipo, mismas que lo hacen capaz de lograr las metas y objetivos que comparte con las otras personas o seguidores.

Rodríguez-Ponce al.,2010	et	Proceso planeado o no, que generará un cambio en la organización o grupo social en cierto periodo de tiempo y que, durante este, participarán voluntaria o involuntariamente cierto número de personas pudiéndose encontrar direccionado por una o varias personas.
Lussier y Achua (2011)		Proceso de influencia entre líderes y seguidores para lograr los objetivos organizacionales por medio del cambio

Adaptado de autores.

Por lo tanto, podría entenderse que el líder se enfoca en poseer ciertas aptitudes y actitudes para lograr que una o un grupo de personas decidan dirigirse hacia un mismo objetivo, además de cumplir diversos roles según sea el área que le corresponda; por lo tanto, para que exista un líder, es necesario existan personas que lo sigan.

Lussier y Achua (2011) mencionan que existen rasgos en la persona que ejerce el liderazgo para que este sea efectivo. Algunos de ellos son: dominio, confianza personal, estabilidad, gran energía, *locus* de control, integridad, inteligencia, flexibilidad y sensibilidad hacia los demás.

Por otro lado, Mul (2014) refiere que el liderazgo suele aplicarse principalmente a una persona que pertenece a cierto nivel jerárquico superior hacia otras de niveles jerárquicos inferiores (por ejemplo: dueño-empleado, supervisor-subordinado) y que el liderazgo también puede darse y aplicarse en un mismo nivel jerárquico.

Sin embargo, Palomo (2013) citando a Fischer y Schratz (1993) mencionan que para explicar la influencia del líder en el trabajo es necesario considerar que el liderazgo tiene un modo interactivo compuesto por: 1) individualidad del líder (personalidad, habilidades, conocimientos y experiencias), 2) los seguidores (características de

personalidad, habilidades, conocimientos, actitudes) y 3) el contexto de la situación (tareas a llevar a cabo en el aquí y el ahora).

El liderazgo puede ser visto desde diferentes perspectivas teóricas como lo son las teorías clásicas (de los rasgos, conductuales, humanistas, de contingencias y situacional). Además, existen las teorías del nuevo liderazgo (liderazgo visionario, carismático, transformacional vs transaccional y la falta de liderazgo (Bass, 1990; Gowen, Henagan, McFadden, 2009; Barbosa, Mihi, Noruega, 2014).

Según Lussier y Achua (2011) el líder carismático y transformacional representan un nuevo paradigma que puede llevar a las organizaciones a dirigirse a través del caos del siglo XXI.

En el caso del liderazgo carismático, este se refiere a las habilidades personales que generan un efecto profundo y extraordinario entre los seguidores del líder (Chiavenato,2017).

Por otro lado, el líder transformacional es aquel que busca transformar o cambiar los valores básicos, creencias y actitudes de los seguidores para que estos estén dispuestos a desempeñarse más allá de los niveles mínimos especificados por la organización (Lussier y Achua, 2011). En el caso del liderazgo transaccional implica únicamente una relación de intercambio entre líderes y seguidores (Chiavenato,2017).

A continuación, se presenta la definición y características de la teoría del liderazgo transformacional, transaccional y *Laissez-Faire* o ausencia de liderazgo (ver tabla 7)

Tabla 7

Estilos de liderazgo.

Estilo de Liderazgo	Definición	Características
Transformacional	Estilo que intenta construir una identidad entre los intereses individuales y colectivos, existiendo por parte del líder una preocupación por el desarrollo personal del empleado a su vez que se pretende lograr los objetivos organizacionales.	<ul style="list-style-type: none"> -Se relaciona mediante su carisma. - Su comportamiento va dirigido a encontrar nuevas oportunidades para la organización - Existe un intercambio personalizado entre el líder y el seguidor. -Guía a sus seguidores y los inspira. -Los seguidores apoyan la consecución de las metas organizacionales. -Establece una visión y una misión colectiva.
Transaccional	Estilo en el cual los seguidores se motivan según los beneficios esperados por el logro de las metas o tareas encomendadas.	-La motivación del grupo se centra en la obtención de un beneficio previamente negociado y aclarado por el líder hacia quien lo sigue.
Laissez-Faire	El líder renuncia al control y permite que sean los subordinados los que tomen las decisiones.	-Ausencia de liderazgo.

Adaptado de Bass, 1990; Barbosa et al., 2014; Chiavenato, 2017 & Gowen et al., 2009.

Si bien, existe una diferencia considerable entre cada uno de estos tipos, cabe aclarar que los comportamientos del liderazgo transaccional y del transformacional pueden presentarse simultáneamente en las prácticas directivas sin afectar un estilo de liderazgo característico (Contreras y Barbosa, 2013)

Por lo tanto, podría entenderse que dependiendo del tipo de liderazgo que se genere por parte de quienes toman las decisiones y de quienes implementan estas decisiones o mecanismos de trabajo, se pueden crear las condiciones laborales que posibilitan tener una cultura organizacional centrada en un ambiente de confianza y de aprendizaje en equipo entre los que colaboran en la organización sin importar la jerarquía o las dificultades, puesto que todo el equipo de trabajo está encaminado hacia el logro de metas y objetivos claros.

2.3.4 Tecnologías de la información y la comunicación.

Para Medina, De la Garza y Jiménez (2011) las tecnologías de la información y la comunicación o las TIC, son todas las formas de tecnología que se utilizan para crear, almacenar, intercambiar y usar información en diversas representaciones como pueden ser datos de negocio, conversaciones de voz, imágenes, películas, presentación de multimedia, entre otras.

Su objetivo principal es la mejora y el soporte hacia los procesos y estrategias organizacionales que permite incrementar y crear ventajas competitivas aumentando la productividad de los miembros de una organización para el tratamiento de cualquier información (Tello (2007); Medina et al. (2011)

Wilches-Flores y Wilches-Flores (2017) refieren que se han convertido en una necesidad en cualquier área del conocimiento ya que son herramientas que suelen utilizarse para acelerar los procesos y consecuentemente, disminuir el tiempo que se les dedica a ellos.

Por otro lado, estas tecnologías pueden modular la comunicación, las relaciones, las experiencias, las emociones e incluso las formas en las cuales consume y se expresa una cultura (Gil-Juárez, Vall-Ilovera y Feliu, 2010)

Las TIC son herramientas necesarias en la actualidad en el sector organizacional, ya que son consideradas como vía para compartir el conocimiento y transferirlo a través de los departamentos, reduciendo los costos de operaciones (Karamitri et al., 2015).

Si bien, se encuentran múltiples beneficios con la implementación de las TIC como un medio de comunicación, adquisición y aplicación de conocimiento, se considera importante tomar en cuenta que existen barreras para que el uso y adopción de las mismas pueda ser llevado a cabo. Algunas de ellas van relacionadas a la resistencia al cambio por parte del capital humano (Mair, May, O'Donnell, Finch, Sullivan & Murray, 2012) al igual que dificultades en la disponibilidad de los sistemas, las configuraciones y las actualizaciones constantes de software (Kim, Coeira & Magrabi, 2017).

En el caso de las organizaciones con sistemas complejos, como lo son las instituciones de salud, se considera que la introducción e implementación de las TIC no es un proceso lineal y directo (Cresswell & Sheikh, 2013) sino más bien podría considerarse como un proceso que debe ser llevado de forma gradual, en los cuales los administradores deben de tratar de eliminar las barreras apoyando las bibliotecas electrónicas y los sistemas de información, siempre y cuando estos sean *user friendly* [fácil de usar], por lo que se debe poner énfasis en la creación de plataformas que cumplan no únicamente con la reducción de costos al transferir el

conocimiento, sino también proporcionen habilidades al personal que lo utilice (Karamitri et al., 2015;

A su vez, se considera importante entender que, para un óptimo resultado de la implementación de nuevas tecnologías, estas deben estar disponibles para que los individuos que las requieran para la realización y desarrollo de sus tareas cotidianas puedan utilizarlas a su vez como un medio para adquirir y compartir conocimiento de forma rápida y efectiva (Mul, 2014).

Altés (2013) refiere que, en el área de salud, surge el enfoque de salud electrónica (eHealth) como un conjunto de técnicas y dispositivos empleados para el tratamiento y la transferencia de información en salud, en la cual se incluyen la historia clínica electrónica del paciente o la telemedicina (intercambio y transferencia de información de salud de un sitio a otro por medios electrónicos) (pp.32).

Además, Arbeláez (2014) menciona que las TIC pueden proporcionar la comunicación necesaria para el trabajo colaborativo de un grupo de investigación o entre grupos a nivel local, nacional e internacional, sirviendo además como una línea de almacenamiento de la información facilitando a su vez la comunicación de los resultados obtenidos en las investigaciones para que la comunidad en general y científicas puedan acceder a ellas mediante la red.

A su vez, las TIC cumplen un papel valioso en la GC ya que ayudan a expandir el alcance y acelerar la transferencia del conocimiento, permitiendo obtener y estructurar el conocimiento individual o colectivo, para que pueda ser utilizado en otros contextos y en otras situaciones cuando sea necesario (Arceo, 2009).

Tomando en cuenta todo lo anteriormente expuesto en cada uno de los factores organizacionales planteados como algunos de los principales aspectos para llevar a cabo una GC exitosa dentro de cualquier organización y en este caso, en organizaciones dedicadas a brindar servicios de salud, se vuelve importante comprender que si no existe una cultura de intercambio de conocimientos, la tecnología por sí misma no será suficiente para estimular el flujo del conocimiento (Syed-Ikhsan & Rowland, 2004) y, por ende, más que aportar una forma eficiente de gestionar el conocimiento, si no se trabaja adecuadamente en los aspectos propios del recurso humano como lo son los procesos comunicacionales y el liderazgo podría complicarse el proceso de GC dentro de las organizaciones de salud.

Por lo tanto, como puede denotarse, se observa cierta relación entre las conceptualizaciones y los procesos de cada una de las variables de estudio propuestas para la presente investigación, razón por la cual se considera que al prestar atención en aspectos de la triada (procesos, personas y tecnologías) a la cual hace referencia la visión integral de la GC, puede contribuirse de forma de significativa para la mejora de los procesos de GC y por ende, mejorar a su vez la calidad de los servicios ofertados por las instituciones de salud tanto públicas como privadas.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

3.1 Contexto espacio-temporal.

La presente investigación fue llevada a cabo en las Unidades de Medicina Preventiva Especializada y Centros de Atención Primaria (UNEME-CAPA) del Estado de Baja California, México. Estas unidades pertenecen *Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC)* y se encuentran distribuidas en los cinco municipios de Baja California. La investigación se realizó entre marzo de 2018 a diciembre de 2019.

3.2 Diseño y participantes.

El estudio tiene un diseño correlacional con métodos mixtos en dos fases: una fase cuantitativa y una cualitativa.

La población total estaba compuesta por 83 profesionales de la salud [TP] y seis autoridades (cinco coordinaciones municipales y subdirección del programa FORMA) de las UNEME-CAPA de Baja California; para el estudio, participaron 80 profesionales de la salud distribuidos en los cinco municipios del estado y un representante de una de las coordinaciones municipales (ver tabla 8).

Tabla 8

Distribución de los participantes.

Municipio	N total	%	Centro de trabajo	N	%
Ensenada	21	26.3	Centro	12	15
			Chapultepec	2	2.5
			Maneadero	1	1.3
			Sauzal	2	2.5
			Vicente Guerrero	3	3.8
Mexicali	32	40	Ciprés	3	3.8
			González Ortega	4	5.0

			Orizaba	2	2.5
			Santorales	3	3.8
			Centro Cívico	20	25
Playas de Rosarito	2	2.5	Rosarito	4	5
Tecate	3	3.8	Tecate	3	3.8
			Valle Verde	9	11.3
Tijuana	22	27.5	Durango	7	8.8
			Lomas verdes	5	6.3

Como puede verse en la tabla 8, se contó con mayor participación del municipio de Mexicali (40%), seguido de Tijuana (27.5%) y, por último, Ensenada (26%). Se observa que la mayor concentración de terapeutas se encuentra entre el CAPA de Centro Cívico en Mexicali con el 25% de los participantes y el CAPA Centro en Ensenada (15%). Posteriormente se encuentran el CAPA de Valle Verde (11.3%), Durango (8.8%) y Lomas Verdes (6.3%) todos ellos ubicados en Tijuana.

3.3 Procedimiento.

3.3.1 Fase 1: Diseño de instrumento de medición cuantitativo.

a. Diseño de instrumento (encuesta).

Tomando como referencia la propuesta del cuestionario de escala likert de Mul (2014) se diseñó una encuesta con escala likert de cuatro puntos de frecuencia (0=nunca 1=ocasionalmente 2=frecuentemente 4=siempre) compuesto por 81 reactivos en su versión inicial.

El propósito de la encuesta es conocer cómo influyen los factores organizacionales (tecnologías de la información y la comunicación [TIC's], la cultura organizacional y el liderazgo) en las actividades de gestión del conocimiento (GC) en los servicios de salud.

El instrumento de medición estuvo compuesto y distribuido como puede verse en la tabla 9. Posterior al diseño del instrumento, se realizó el proceso de evaluación de contenido por jueces expertos. El comité estuvo compuesto por cuatro expertos en el área de psicología clínica y uno más en el área administrativa.

Dentro del formato de evaluación para los jueces expertos, se incluyó un apartado en el cual añadieron comentarios para mejorar algunos de los reactivos. Adicionalmente, se les solicitó que evaluaran la claridad y suficiencia de las instrucciones, al igual que de las variables sociodemográficas consideradas para esta investigación.

Para el análisis de los resultados de la evaluación, se realizó una base de datos en Excel y se obtuvo el porcentaje de acuerdo de los jueces en el criterio máximo de calificación (4).

Se consideró realizar la aplicación de la prueba piloto del instrumento con el número total de reactivos, realizando algunas adecuaciones en la redacción de los reactivos mediante las observaciones proporcionadas por los jueces expertos y ampliando algunas de las preguntas sociodemográficas. El cuestionario aplicado se encuentra en la sección de Anexos (Ver Anexo 1).

Tabla 9

Distribución de la encuesta.

Variable	Dimensión	No.	Reactivos	Subdimensión	Reactivos
Preguntas sociodemográficas	-	17	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17	-	-
Gestión del conocimiento (GC)	Adquisición	14	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14	Capacitación	1,2,3,7,8,9.
				Detección de necesidades	4,5,6,10,11.
	Almacenamiento	9	15,16,17,18,19,20,21,22,23	Alianzas colaborativas	12,13,14.
				Documentación física	15,19,21,22,23.
	Transferencia	13	24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36	Documentación digital	16,17,18,20.
				Difusión de información	24,27,28,31
	Aplicación	7	37,38,39,40,41,42,43	Aprendizaje colaborativo	25,26,29,30,32,33,34,35,36,
				Uso de conocimiento implícito	37,39,40,42
			Uso de conocimiento explícito	38,41,43.	
Factores organizacionales (FO)	Cultura Organizacional	22	44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65	Comunicación	44,45,46,47,48,49,50.
				Trabajo en equipo	51,52,53,54,55,56,57,58.
				Estructura organizacional	59,60,61,62,63,64,65.
	Liderazgo	8	66,67,68,69,70,71,72,73	Transaccional	66,67,68,69,70
				transformacional	71,72,73
	Tecnologías de la información y la comunicación.	8	74,75,76,77,78,79,80,81	Uso	75,76,77,78
Disponibilidad				74,79,80,81.	

b. Aplicación de prueba piloto.

Para este procedimiento se realizó la aplicación del instrumento en la versión de 81 reactivos a una muestra de 30 profesionales de la salud en el sector salud (público y privado) en dos modalidades: aplicación presencial por parte del investigador en el sector privado y vía electrónica (personal que labora en diferentes instituciones de salud privada en Ensenada y en los UNEME-CAPA de diferentes estados del país).

Para la aplicación en línea se realizó contacto con agentes clave en las organizaciones de salud y se explicó el procedimiento de la prueba piloto de la encuesta. Una vez autorizado el acceso para la aplicación, se entregó la encuesta por escrito a cada uno de los participantes (psicólogos); se recolectaron los correos electrónicos de los participantes y se les envió una solicitud para su colaboración voluntaria refiriéndoles que los datos proporcionados serían manejados con confidencial.

Posteriormente, se realizaron los análisis estadísticos correspondientes, utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 23. A través del análisis de Alpha de Cronbach se obtuvo un Alpha total del instrumento de $\alpha = .979$; de igual forma se obtuvieron las Alpha por variable (Ver tabla 10)

Tabla 10

Concentrado de resultados de Alpha de Cronbach del instrumento, versión final.

Variable	Dimensión	No. de reactivos	α por dimensión	α por variable	α total
Gestión del conocimiento	Adquisición	14	.819	.957	.979
	Almacenamiento	9	.884		
	Transferencia	13	.929		

	Aplicación	7	.887	
	Comunicación	7	.893	
Cultura organizacional I	Trabajo en equipo	9	.922	.961
	Estructura organizacional	6	.904	
Liderazgo	Transformacional	5	.927	.940
	Transaccional	3	.901	
Tecnologías de la información y de la comunicación	Uso	5	.767	
	Disponibilidad	3	.880	.878

3.3.2 Fase 1: Recolección de datos cuantitativos.

Para dicho procedimiento, se mantuvo el contacto telefónico y vía correo electrónico agentes clave a nivel estatal, acordándose la aplicación del cuestionario a los profesionales de salud durante los meses de julio y agosto.

Para facilitar la recolección de datos y dado el alcance territorial del estudio, se decidió realizar la aplicar la encuesta de forma electrónica, mediante el uso de un formulario de Google.

La gestión para la diseminación del cuestionario entre los profesionales de la salud, estuvo a cargo de una de las coordinaciones municipales, quien se puso en contacto con las diferentes coordinaciones para informarles sobre la intención del estudio e invitando a los profesionales de la salud que componen cada uno de los centros a participar de forma voluntaria y confidencial en la investigación contestando la encuesta enviada a su correo electrónico.

Se obtuvo la participación de 80 profesionales de la salud los diferentes UNEME-CAPA distribuidos en los cinco municipios que componen al Estado y una vez recolectados los datos se procedió a realizar el análisis estadístico en IBM SPSS versión 23.

3.3.3 Fase 2: Recolección de datos cualitativos.

Para cumplir con los objetivos de esta etapa, se contactó a una informante en la coordinación estatal durante el mes de octubre de 2019. Inicialmente, se acordó la aplicación de dos entrevistas semiestructuradas a informantes clave dentro de la coordinación estatal y municipal. Finalmente, se entrevistó a una informante clave de una de las coordinaciones municipales vía Skype durante la última semana del mes de octubre. La entrevista tuvo una duración de una hora 15 minutos.

La finalidad de esta entrevista fue aclarar y ampliar la información de los resultados más sobresalientes del cuestionario aplicado, para lo cual previamente se realizó una guía de temáticas clave que permitiera cumplir con el propósito (ver Anexo B).

Una vez realizada la transcripción de la entrevista, se procedió a diseñar un manual de códigos que permitiera organizar y clarificar la información recabada para su análisis.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La presentación de los resultados se divide en dos fases: en la fase 1 se presentan los principales datos sociodemográficos de los participantes y algunas de las características de la organización, así como también se incluyen los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario likert sobre la GC y los factores organizacionales. Para la fase 2, se tomó en cuenta el análisis de contenido de la entrevista realizada a una informante clave dentro de la organización.

Fase 1: Resultados cuantitativos.

4.1 Análisis descriptivos.

Respecto a las características sociodemográficas de los participantes, la mayoría pertenecieron al género femenino (71.3%). Más de la tercera parte de los participantes (35%) cuenta con maestría como su último grado de estudios y el 80% de los encuestados tienen más de 8 años laborando en la organización (ver Tabla 11).

Tabla 11

Características sociodemográficas de los participantes.

	N	%
Sexo		
Femenino	57	71.3
Masculino	19	23.8
No respondió	4	4.9
Edad		
26-30	5	6.3
31-35	11	13.8
36-40	37	46.3
41-45	17	21.3
46 +	8	10
No respondió	2	2.3
Escolaridad		

Licenciatura	39	48.8
Maestría	28	35.0
Especialidad	9	11.3
Doctorado	1	1.3
No respondió	3	3.6
Tipo de contratación		
Federal	32	40
Estatal	47	58.8
No respondió	1	1.2
Antigüedad en la organización		
0-1 Año	1	1.3
2-4 años	2	2.5
5-7 años	7	8.8
8-10 años	29	36.3
11-13 años	36	45
14 años o más	3	3.8
No respondió	2	2.5

Dentro de las actividades que los terapeutas realizan en las UNEME-CAPA cabe destacar que la mayor parte de los profesionales de la salud (95%) se dedican a brindar los programas de prevención hacia la población (ver tabla 12).

Dos terceras partes de la muestra se dedican principalmente a brindar orientación a padres de familia (88.8%), a realizar intervenciones y/o tratamientos grupales (81%) y a actividades de detección de casos en escuelas (tamizaje) (76%) (ver tabla 12).

Tabla 12

Características del puesto de trabajo.

	N	%
Puesto		
Psicólogo (clínico, seguimiento, externo)	72	90
Trabajador social	1	1.2
Auxiliar administrativo	2	2.5

No respondió	5	6.3
Actividades en la jornada de trabajo		
Prevención	76	95
Detección (tamizaje)	61	76.3
Intervención y/o tratamiento individual	44	55
Intervención y/o tratamiento grupal	65	81.3
Certificación y supervisión de escuelas	29	36.3
Actividades administrativas	33	41.3
Orientación a padres de familia	71	88.8
Orientación a terapeutas	5	6.3
Otras	7	8.8

Adicionalmente, dentro de las preguntas sociodemográficas se realizaron preguntas que permitieron describir algunas de las características de la organización, como lo fueron las capacitaciones recibidas, los mecanismos de evaluación aplicados y el tipo de información que necesitan tener disponible para desempeñar su trabajo.

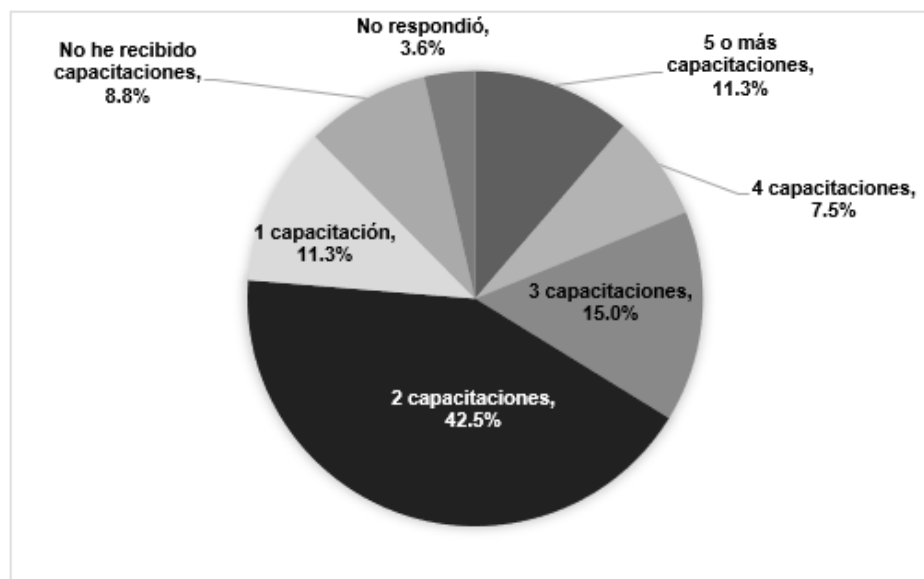


Figura 3. Capacitaciones recibidas en los últimos dos años

Se denota que la mayor parte de los participantes recibieron 2 capacitaciones durante los últimos dos años (42.5%) (ver figura 3). Al preguntarles sobre su opinión

y calificación al respecto de la calidad de las capacitaciones recibidas, se reportó que a la mayor parte de los participantes (55%) les han parecido buenas (ver figura 4).

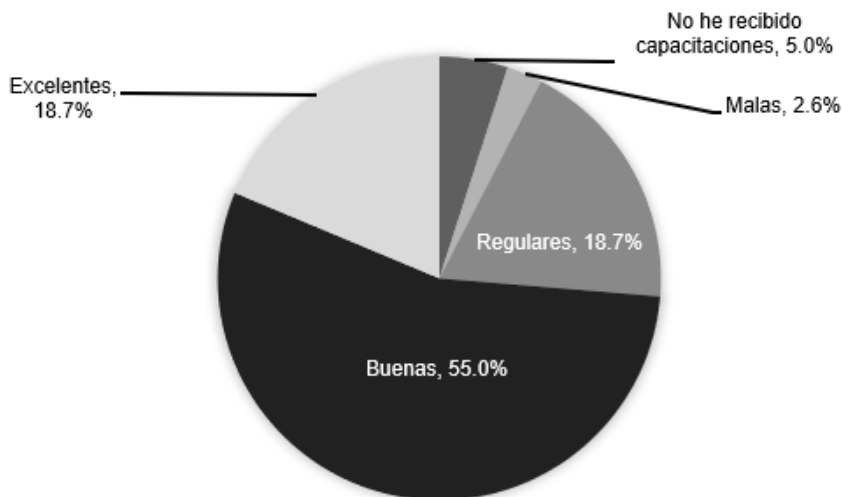


Figura 4. Opinión sobre las capacitaciones recibidas

Por otro lado, en cuanto a los mecanismos de evaluación de resultados por la realización de actividades o aplicación del conocimiento en la institución, 88% de los participantes mencionaron que el principal mecanismo de evaluación es mediante el cumplimiento de indicadores o metas que estipula la organización (ver figura 5).

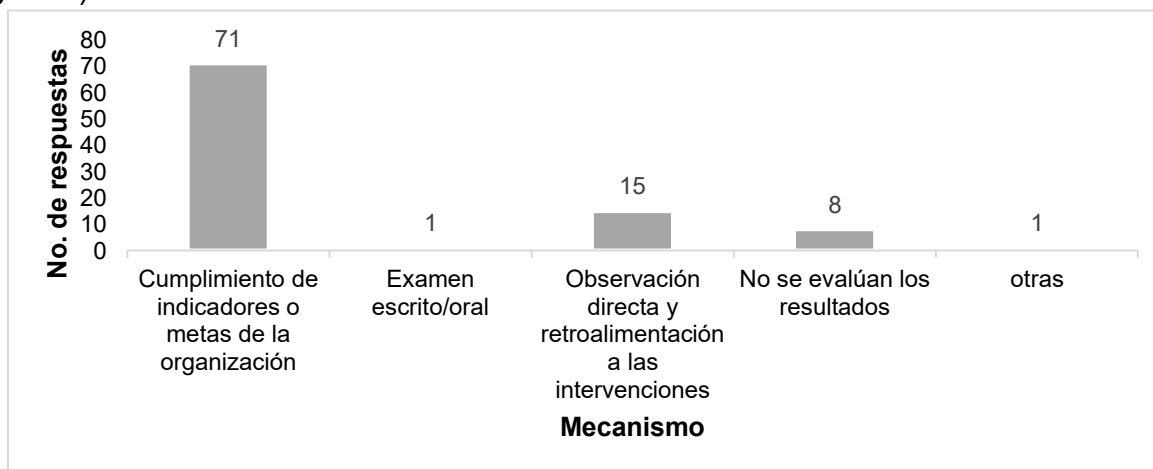


Figura 5. Mecanismos de evaluación.

Con respecto a la información que el profesional de la salud considera necesario tener disponible para llevar con éxito su trabajo el 76.25% considera indispensable contar con el expediente clínico del paciente; 52.5% de ellos reportó que las funciones del puesto de trabajo y los resultados de pruebas o cuestionarios son primordiales (ver figura 6).

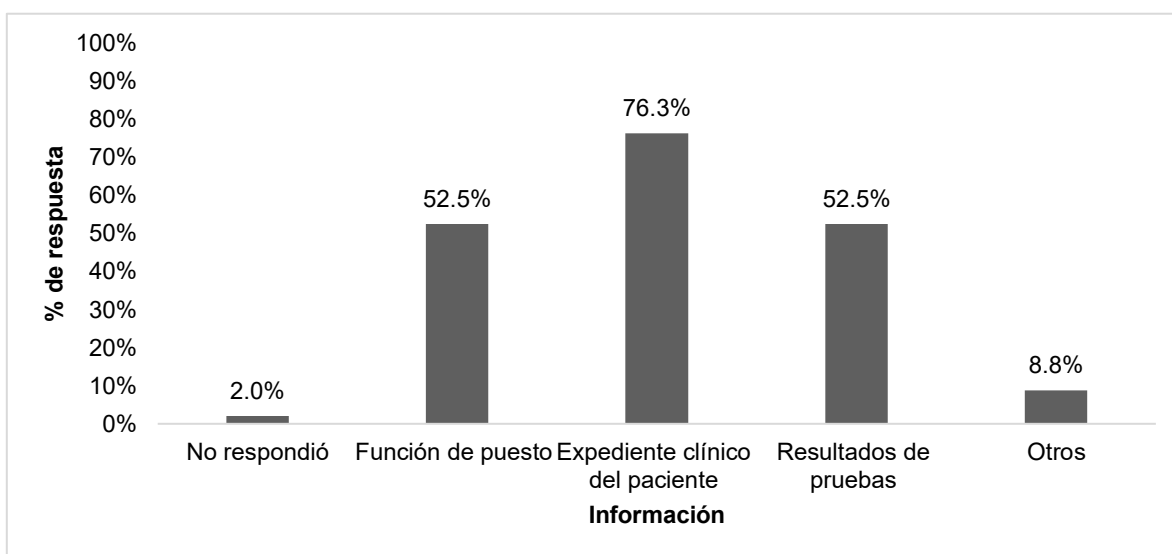


Figura 6. Información relevante para el desempeño de las actividades.

Para describir cuáles eran las principales actividades de gestión del conocimiento se tomaron en cuenta las medianas y modas de las respuestas de cada reactivo que conformó a cada dimensión de la gestión del conocimiento, según los datos recabados durante la recolección de datos (ver tabla 13).

La escala del cuestionario estaba compuesta por las opciones de respuesta:

0= nunca[N], 1= ocasionalmente[O], 2=frecuentemente[F] y 3=siempre [S].

Tabla 13

Medidas tendencia central de la variable GC.

Variable y dimensiones	Mediana \tilde{x}	Moda \hat{x}
Gestión del conocimiento	1	1
Adquisición	1	0
Almacenamiento	1	1
Transferencia	1	1
Aplicación	2	2

Como puede observarse en la tabla 13, existió una tendencia mayor de respuesta hacia la opción de ocasionalmente (1); en el caso de las actividades de adquisición, la tendencia de respuesta fue hacia la opción de nunca (0) y en las actividades de aplicación fue la opción frecuentemente (2)

A continuación, se presentan los porcentajes de las respuestas por cada actividad de GC dentro de las UNEME-CAPA (ver tabla 14).

Tabla 14.

Actividades de GC en las UNEME-CAPA de BC.

Dimensión	Actividad	N %	O %	F %	S %
Adquisición	Capacitaciones	9.2	37.1	30.6	23.1
	Detección de necesidades	17.5	43.5	27.5	11.5
	Alianzas colaborativas	11.3	34.6	38.3	15.8
Almacenamiento	Documentación física	27	32	23.5	17.5
	Documentación digital	25	20.3	23.4	31.3
Transferencia	Difusión de información	25.9	30.9	24.7	18.4
	Aprendizaje colaborativo	34.4	37.4	18.8	9.4
Aplicación	Uso conocimiento tácito	22.5	37.5	28.8	11.3
	Uso conocimiento explícito	6.7	27.9	49.2	16.3

Al analizar cada una de las actividades de manera independiente, se encontró que en el caso de las actividades de adquisición del conocimiento las prácticas de capacitación son las que se realizan con mayor frecuencia (30.6%) o siempre (23.1%) mientras que en el caso de la detección de necesidades para conocer cuáles son los conocimientos que se deberán adquirir en la organización, se encontró que el 17.5% refirió que nunca u ocasionalmente (43.5%) se realizan (ver tabla 14).

Por otro lado, al evaluar las actividades de almacenamiento del conocimiento, se encontró que la documentación digital es la más frecuente (23.4%) o siempre se realiza (31.3%), mientras que la documentación física se realiza de forma ocasional (32%) o nunca (27%) (ver tabla 14).

En el caso de las actividades de transferencia del conocimiento, las prácticas de difusión de información son las más frecuentes (24.7%), mientras que las actividades de aprendizaje colaborativo o entre pares obtuvieron una mayor frecuencia de respuesta en que se presentan de forma ocasional (37.4%) o que nunca se realizan (34.4%) (ver tabla 14).

Por último, al analizar la frecuencia en las actividades de aplicación del conocimiento, se encontró que es frecuente (49.2%) el uso del conocimiento explícito (manuales y capacitaciones), mientras que en el caso del conocimiento tácito (práctica clínica) se aplica o utiliza ocasionalmente (37.5%) (ver tabla 14).

Por lo tanto, tomando en cuenta los resultados del análisis descriptivo de los reactivos de las cuatro dimensiones de la variable GC, puede concluirse que las principales actividades de gestión del conocimiento son las actividades de

capacitación de personal, la generación de alianzas colaborativas (por ejemplo la contratación de personal capacitado), al igual que también actividades como la documentación digital y el uso del conocimiento explícito (manuales y lo adquirido en las capacitaciones).

Por otro lado, en la fase 1 de este estudio, se describió a las variables independientes de cultura organizacional, TIC y liderazgo. Para esto se tomaron nuevamente las medidas de tendencia central (mediana y moda) de las respuestas brindadas según la escala 0= nunca[N], 1= ocasionalmente[O], 2=frecuentemente[F] y 3=siempre [S], encontrándose los siguientes resultados:

En el caso de la cultura organizacional, existe una tendencia de respuesta a que los elementos o actividades que componen a la variable se presentan frecuentemente (ver tabla 15).

Tabla 15

Medidas de tendencia central de la variable cultura organizacional.

Variable y dimensiones	Mediana \tilde{x}	Moda \hat{x}
Cultura organizacional	2	2
Comunicación	2	1
Trabajo en equipo	2	2
Estructura organizacional	2	2

Al analizar de manera individual cada componente de la cultura organizacional, se encontró que la comunicación entre compañeros-directivos, es llevada a cabo ocasionalmente (33.8%) mientras que el trabajo en equipo se realiza frecuentemente (37.6%); asimismo, es frecuente tener una estructura organizacional clara y flexible (39.5%) (ver tabla 16).

Tabla 16

Dimensiones de la cultura organizacional.

Dimensión	N %	O %	F %	S %
Comunicación	12.3	33.8	33.4	20.5
Trabajo en equipo	13.3	31.3	37.6	17.8
Estructura organizacional	5.4	25.5	39.5	29.6

Por otro lado, se obtuvo una tendencia de respuesta ocasional (1) en las dimensiones que componen a la variable de liderazgo (transformacional y transaccional) (ver tabla 17).

Tabla 17

Medidas tendencia central de la variable liderazgo.

Variable y dimensiones	Mediana \tilde{x}	Moda \hat{x}
Liderazgo	1	1
Transformacional	1	1
Transaccional	1	1

Al analizar de manera individual cada tipo de liderazgo, se encontró que el liderazgo transaccional se utiliza frecuentemente (34%) u ocasionalmente (43.5%) mientras que el liderazgo transformacional se utiliza ocasionalmente (45.4%) o nunca (21.7%) (ver tabla 18).

Tabla 18

Dimensiones del liderazgo.

Dimensión	N %	O %	F %	S %
Transaccional	10.5	43.5	34.0	12.0
Transformacional	21.7	45.4	18.8	14.2

Por último, en el caso de las tecnologías de la información se observa una tendencia hacia la opción de respuesta frecuentemente (2) o siempre (3) (ver tabla 19).

Tabla 19

Medidas tendencia central de la variable TIC.

Variable y dimensiones	Mediana \tilde{x}	Moda \hat{x}
TIC	2	3
Uso	2	1
Disponibilidad	2	3

Al analizar el uso de las TIC, se encontró que se utilizan de manera ocasional (32.5%), sin embargo, las TIC siempre (35.6%) se encuentran disponibles (ver tabla 20).

Tabla 20

Dimensiones del TIC.

Dimensión	N %	O %	F %	S %
Uso	15.9	32.5	21.6	30.0
Disponibilidad	7.5	27.5	29.4	35.6

Adicionalmente, se les preguntó sobre los principales medios digitales de trabajo (herramientas tecnológicas) utilizados según ciertas actividades de atención a usuarios, búsqueda de información y comunicación entre compañeros de trabajo (ver figura 7).

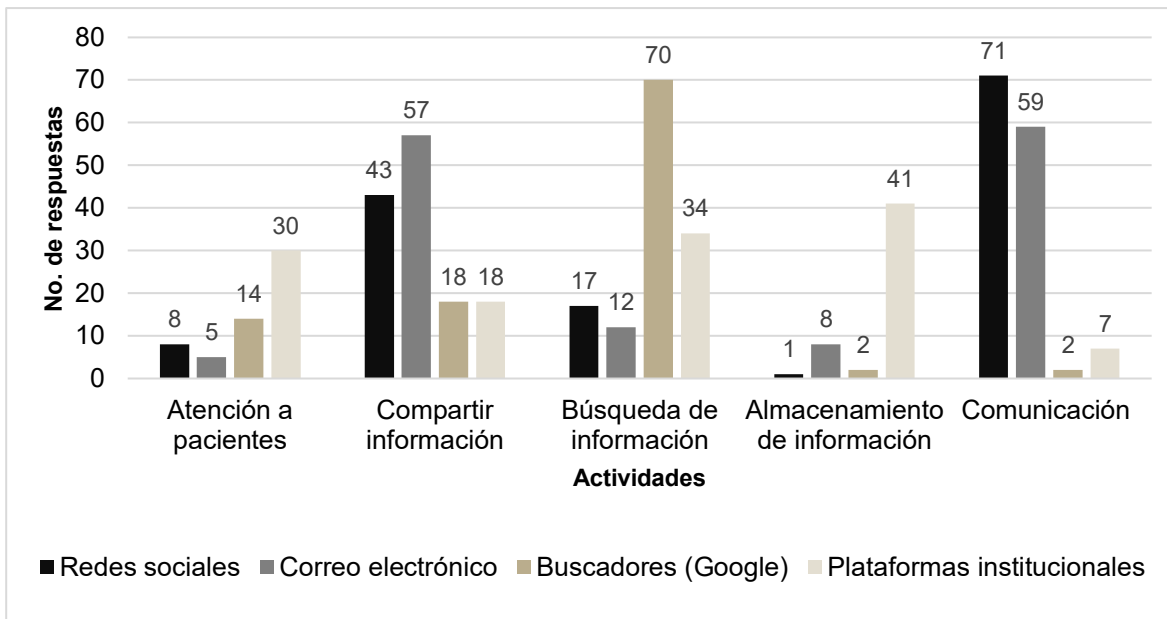


Figura 7. Herramientas tecnológicas utilizadas en la organización.

Como se denota en la figura 7, las herramientas tecnológicas más utilizadas son las redes sociales y el correo electrónico para la comunicación entre compañeros de trabajo; por otro lado, para la búsqueda de información, la mayor parte de los encuestados (70) utilizó buscadores o internet para buscar información.

En el caso de compartir información, la herramienta tecnológica más utilizada es el correo electrónico; por último, en el caso de las plataformas institucionales, estas son utilizadas mayormente para atender a pacientes y para almacenar información (ver figura 7).

De igual manera, se les preguntó al respecto de su percepción en cuestión de su nivel de dominio en el uso de las TIC, denotándose que la mayor parte de los participantes consideran tener un dominio intermedio de las mismas (55%) (ver figura 8).

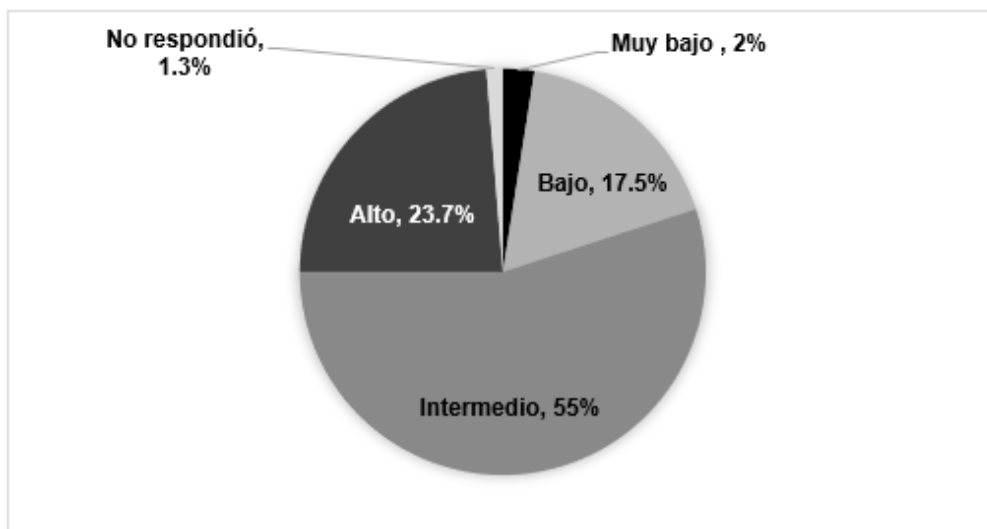


Figura 8. Nivel de dominio de TIC en los profesionales de la salud.

4.2 Análisis correlacionales.

Para cumplir con el objetivo general de investigación e identificar la relación que existe entre el liderazgo, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y la cultura organizacional y las actividades de gestión del conocimiento se realizaron los análisis correlacionales entre las variables correspondientes. Los resultados del análisis correlacional de Pearson arrojaron que existen relaciones significativas entre todas las variables y dimensiones propuestas para este estudio (ver tabla 21).

Para este análisis se tomaron en cuenta únicamente los resultados más sobresalientes o con un nivel de coeficiente más alto ($<.750$), correlacionando la GC y cada una de las dimensiones que la componen (adquisición, almacenamiento, transferencia y aplicación) con cada uno de los factores organizacionales (TIC'S, liderazgo y cultura organizacional), así como también las dimensiones que componen a dichos factores.

Primeramente, al correlacionar la variable dependiente GC con cada una de las variables independientes, se denota el factor organizacional que mayormente destaca es el liderazgo, encontrándose que tiene una correlación positiva, fuerte ($r=0.816^{**}$ $p<0.01$) y estadísticamente significativa; es decir que a mayores niveles de liderazgo es muy probable que exista un mayor nivel de GC.

En el caso de la cultura organizacional y la gestión del conocimiento, se encontró que existe una correlación positiva, fuerte ($r=0.802$ $p<0.000$) y estadísticamente significativa; es decir que a mayores niveles cultura organizacional es muy probable que existan un mayor nivel de gestión del conocimiento. De las dimensiones de la cultura organizacional, destaca la relación que existe entre el trabajo en equipo y la gestión del conocimiento ($r=.798^{**}$ $p<0.000$) pudiendo entenderse que a mayores niveles de trabajo en equipo será más probable que el nivel de gestión del conocimiento sea mayor.

Las TIC fue la variable que obtuvo una menor correlación con la GC, encontrándose que tiene una correlación positiva, moderada ($r=.629^{**}$ $p<0.000$) y estadísticamente significativa.

Al correlacionar las dimensiones que componen a la variable GC con cada una de las variables independientes y las dimensiones que las componen, se encontró que la variable independiente que mayormente se correlacionó con las actividades de adquisición del conocimiento fue el liderazgo, encontrándose una correlación positiva, fuerte y significativa ($r=.771^{**}$ $p<0.000$) entre ambas variables, especialmente con la dimensión de liderazgo transaccional ($r=.744^{**}$ $p<0.000$); es decir que a mayor nivel de liderazgo transaccional es más probable que exista un

mayor nivel de adquisición del conocimiento. La variable que obtuvo una menor correlación con la actividad de adquisición del conocimiento fueron las TIC, especialmente la disponibilidad de las mismas ($r = .236^{**}$ $p = 0.037$).

En el caso de las actividades de almacenamiento del conocimiento no se encontró ninguna correlación altamente significativa ($<.750$) entre dimensiones ni entre variables, sin embargo, se encontró que tiene una mayor relación con las TIC ($r = .640^{**}$ $p < 0.000$) específicamente con el uso ($r = .677$ $p < 0.000$); es decir que a mayores niveles de uso de las TIC es muy probable que exista un mayor nivel de almacenamiento del conocimiento.

Por otro lado, en las actividades de transferencia del conocimiento, destacó la variable de cultura organizacional, la cual obtuvo una relación positiva, fuerte y significativa ($r = .753^{**}$ $p < 0.000$) principalmente con la dimensión de trabajo en equipo ($r = .761^{**}$ $p < 0.000$); es decir que a mayores niveles de cultura organizacional y de trabajo en equipo es muy probable que exista una mayor transferencia del conocimiento.

Por último, en las actividades de aplicación del conocimiento, destaca nuevamente la cultura organizacional como la variable con una mayor correlación positiva, fuerte y estadísticamente significativa ($r = .797^{**}$ $p < 0.000$) en especial la dimensión de trabajo en equipo ($r = .789^{**}$ $p < 0.000$); por lo tanto, se puede inferir que a mayores niveles de cultura organizacional y de trabajo en equipo, es muy probable que exista un mayor nivel de actividades de aplicación del conocimiento.

Tabla 21

Coefficientes de correlación de Pearson de las variables creadas.

	GC	AD	AL	TR	AP	CO	C	TE	EO	LI	LTF	LTS	TIC	U	D
GC. Gestión del conocimiento	P. 1	P.878** .000	P.838** .000	P.946** .000	P.885** .000	P.802** .000	P.715** .000	P.798** .000	P.742** .000	P.816** .000	P.773** .000	P.787** .000	P.629** .000	P.719** .000	P.475** .000
AD. Adquisición		P. 1	P.625** .000	P.758** .000	P.734** .000	P.681** .000	P.609** .000	P.679** .000	P.626** .000	P.771** .000	P.730** .000	P.744** .000	P.395** .000	P.525** .000	P.236** .035
AL. Almacenamiento			P. 1	P.718** .000	P.626** .000	P.644** .000	P.575** .000	P.625** .000	P.616** .000	P.635** .000	P.623** .000	P.581** .000	P.640** .000	P.693** .000	P.515** .000
TR. Transferencia				P. 1	P.845** .000	P.753** .000	P.661** .000	P.761** .000	P.690** .000	P.719** .000	P.665** .000	P.716** .000	P.619** .000	P.692** .000	P.480** .000
AP. Aplicación					P. 1	P.797** .000	P.725** .000	P.789** .000	P.725** .000	P.816** .000	P.771** .000	P.788** .000	P.585** .000	P.639** .000	P.466** .000
CO. Cultura Organizacional						P. 1	P.954** .000	P.950** .000	P.919** .000	P.853** .000	P.833** .000	P.786** .000	P.601** .000	P.641** .000	P.492** .000
C. Comunicación							P.1	P.853** .000	P.848** .000	P.754** .000	P.746** .000	P.682** .000	P.587** .000	P.616** .000	S.489** .000
TE. Trabajo en equipo								P. 1	P.788** .000	P.851** .000	P.829** .000	P.788** .000	P.507** .000	P.562** .000	P.397** .000
EO. Estructura organizacional									P. 1	P.791** .000	P.766** .000	P.739** .000	P.630** .000	P.651** .000	P.534** .000
LI. Liderazgo										P. 1	P.968** .000	P.934** .000	P.489** .000	P.559** .000	P.369** .001
LTF. Liderazgo transformacional											P. 1	P.814** .000	P.444** .000	P.486** .000	P.354** .001
LTS. Liderazgo transaccional												P. 1	P.499** .000	P.602** .000	P.349** .002
TIC. Tecnologías de la información y la comunicación													P. 1	P.918** .000	P.943** .000
U. Uso														P. 1	P.734** .000
D. Disponibilidad.															P. 1

Fase 2. Resultados cualitativos.

4.3 Análisis cualitativo.

Lo presentado en los análisis cuantitativos proporcionaron información sobre las actividades de GC dentro de las UNEME-CAPA de Baja California y su relación con factores organizacionales como la cultura organizacional, el liderazgo y las TIC's. Sin embargo, con el propósito de obtener información más precisa según los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario e indagar en las percepciones de las autoridades de estos centros, se realizó una entrevista a profundidad a una informante clave dentro de la organización.

Se exploró en aquellas actividades que estaban relacionadas a la adquisición del conocimiento en los CAPA, en las cuales se encontró que las principales actividades en este rubro son la detección de necesidades del contexto y las capacitaciones. La participante mencionó que se toman en cuenta las evaluaciones que se hacen a los usuarios y se envían a CONADIC, en donde se tiene la percepción que, gracias a esto, se elaboran nuevos manuales de tratamiento.

“Si se toman en cuenta, de hecho, todas esas evaluaciones que te digo que le aplicamos a los usuarios, las mandamos para la CONADIC, o sea, no es para nosotros en sí nada más, sino se va para allá y ellos también lo toman en cuenta para esto que tú me comentas y, en base a eso se han desarrollado varios manuales”.

Por otro lado, en el caso de las capacitaciones, se reporta que existen dos modalidades: presenciales brindadas por la institución de forma anual a todo el personal tanto estatal como federal, y también se encuentran las capacitaciones en línea, las cuales son brindadas por CONADIC al personal federal.

Un aspecto importante para la adquisición de nuevo conocimiento es la contratación de personal. En este caso se comentó que no se han abierto nuevas plazas federales/estatales y siguen siendo las mismas personas las que laboran en los CAPA desde los comienzos de la organización en el año 2006. De igual manera se exploró en la existencia de parámetros que determinaran el tipo de plaza que se le asigna a cada profesional de la salud de estas instituciones; la informante comentó que actualmente no existen parámetros para la determinación de tipo de plazas, aunque conoce que anteriormente existió un proceso de selección para decidir.

“No, de hecho, cuando yo llegué aquí eso ya estaba, eso ya estaba decidido. Me comentan que hubo un proceso de selección: se hicieron unos exámenes, se aplicaron unas evaluaciones y en donde pudieron decidir ahí quienes se iban a una plaza federal y quienes se quedaban... eso es lo que tengo entendido. Entonces, cuando yo llegué ya estaban destinadas esas plazas porque ya se había decidido ese proceso de selección, pero de ahí en adelante ya no hubo más plazas federales”.

En el caso de las actividades de almacenamiento, la informante clave refirió que una forma de almacenar el conocimiento de la organización es mediante los manuales que se aplican (programa FORMA y guías psicoeducativas), al igual que existe manuales de perfil de puesto (psicólogo, coordinador, subdirector y director) con las habilidades necesarias para su desempeño.

Con respecto al almacenamiento de la documentación del paciente, la participante refirió que la mayor parte de la documentación es por medios digitales mediante un expediente clínico en la plataforma institucional de CONADIC llamada

Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA), al igual que se cuenta con documentación de expedientes de escrita/impresa por cuestiones de supervisión de los UNEME-CAPA. Adicionalmente, la informante refirió que la experiencia clínica del profesional de la salud obtenida de sus intervenciones no es documentada.

Por otro lado, se mencionaron las actividades de transferencia del conocimiento en estas unidades, las cuales según comenta la informante, estas se han realizado por iniciativa propia, ya que se mencionó que no existen mecanismos formales para compartir el conocimiento entre terapeutas, sin embargo, se realiza informalmente (p.e. comentarios entre terapeutas), a pesar de que no existen barreras para llevar a cabo actividades como comunidades de práctica o reuniones mensuales para hablar sobre casos.

“(…) Pues no, no creo que lo hubiera porque, a pesar de ello los CAPA no están como tan saturados como para no poder abrir un espacio para hacer esta actividad, entonces, no creo que haya ningún factor que impida. En sí, te digo, platican entre ellos los casos y las situaciones, pero no hay como un horario o día destinado a hacer esa actividad”.

Sin embargo, la participante refiere que, si bien estuvo realizando este tipo de actividades tuvieron que ser suspendidas debido a los cambios de gobierno y a la información que deben preparar para esto

Por último, se profundizó en las formas de aplicación y supervisión del conocimiento dentro de los UNEME-CAPA. Se preguntó si conocía quienes decidían qué programas o políticas públicas se utilizaban en los CAPA, a lo que la participante mencionó que desconocía el proceso de elección de políticas públicas

en Baja California, ya que existen diferencias entre los programas que se aplican en BC con respecto al resto del país, sin embargo, actualmente se encuentran en proceso de homogenización con el resto del país en cuestiones de funcionamiento de los UNEME-CAPA.

“La diferencia en otros estados es que allá no tienen lo que son programas preventivos. En sí, el UNEME hace todo. Esa es la diferencia, que no existe un FORMA como en BC, por decirlo así y el UNEME-CAPA hace otro tipo de actividades. Por ejemplo, los UNEME CAPA de todos los estados hacen actividades recreativas: hay zumba, clases de música, de guitarra, de baile, de repostería, o sea, algo así como lo que aquí hacen los centros de desarrollo integral. Eso hacen los UNEME en otros estados, en BC no (...) con los cambios que está habiendo se nos están pidiendo que a partir del próximo año tendríamos que incluir esta parte de la parte recreativa”.

Al preguntarle si conocía quienes estaban dictaminando los nuevos cambios para los UNEME-CAPA en Baja California, la informante refirió que desconoce porqué se están realizando este tipo de cambios actualmente ni de dónde vienen las instrucciones del manejo actual de los programas ni del manejo futuro de los mismos.

Por otro lado, en cuanto al conocimiento que se aplica en los CAPA, la informante mencionó que la mayor parte del conocimiento que se aplica en los UNEME proviene de los manuales de CONADIC. Se le preguntó al respecto del seguimiento sobre el conocimiento que se adquiriría mediante las capacitaciones para su aplicación en el proceso terapéutico del paciente, a lo que la informante refirió que no se les brinda seguimiento y/o supervisión para la aplicación de lo que

se adquiere en las capacitaciones, sin embargo, si se brinda seguimiento a lo que se aplica en tratamiento (por medio del expediente).

“No se brinda seguimiento, se les da la capacitación, pero en sí no estamos supervisando que lo apliquen tal cual. Igual, por ejemplo; en los manuales, hablando de los manuales, pues sí, porque tienen un seguimiento y se les revisa lo que es el contenido del expediente”.

La informante refirió que brinda supervisión sobre el desempeño del profesional de la salud en la aplicación de tratamientos y que existen diferencias entre tipos de plaza, en donde menciona que el desempeño de los terapeutas estatales se mide por las metas que ellos deben alcanzar y regularmente siempre lo cumplen; el desempeño de los terapeutas federales se mide por las metas de tratamiento, los cuales casi nunca se alcanzan principalmente por factores del paciente (p.e. dejan de asistir por cuestiones económicas).

Adicionalmente, la informante comentó algunas de las barreras que ella percibe para el cumplimiento de las metas propuestas para el personal federal:

“No se alcanza la meta porque ellos, varias actividades que tienen que hacer son extramuros, eso hace también que, levante obviamente la productividad y ahorita no contamos con vehículos oficiales para que ellos puedan hacer sus actividades extramuros (...)”

Además, mencionó que en las reuniones que ha tenido con los terapeutas, estos comentan que no se alcanzan las metas en tratamiento por otras cuestiones como lo son: problemas económicos del paciente, cuestiones laborales y educativas (faltas del paciente o del padre de familia, respuesta negativa por parte de las

escuelas), además de los horarios limitados que manejan los UNEME-CAPA para la atención al público.

La informante clave refirió que este tipo de situaciones se comparten entre los demás municipios, encontrándose las mismas barreras para la aplicación de tratamientos.

En el caso de los mecanismos de comunicación dentro de los UNEME-CAPA y específicamente de la comunicación de instrucciones de trabajo, la informante refirió que esto se realiza de dos formas:

“Se hace primero que nada por oficio, en donde se da indicación pues de qué es lo que vamos a hacer, cómo lo vamos a hacer y aparte se hace una reunión también física, en donde: A ver, qué dudas tienen y siempre los junto a todos”.

La informante refiere que se supervisa el cumplimiento de las instrucciones por parte de los profesionales de la salud mediante la entrega de un reporte o “agenda semanal” en la cual se especifica qué actividades realizó, además, reportan en el sistema de SICECA y en una hoja diaria de reporte de actividades.

En el caso de la comunicación de la misión, la visión y los valores, refirió que estos fueron comunicados a los profesionales de la salud durante la inducción que se brinda al personal cuando ingresó la mayor parte de los terapeutas, algunos de los cuales ya tienen más de 10 años laborando en los CAPA, sin embargo, la comunicación de la filosofía organizacional no es algo en lo que se trabaje frecuentemente.

Por otro lado, se le cuestionó al respecto de la percepción sobre la confianza dentro de los UNEME-CAPA para comunicar y transferir conocimientos entre los terapeutas, a lo que la informante respondió:

“Sí, pero.... pero también es como que una parte no todos son muy así, bueno, es como contradictorio lo que te voy a decir: Sí existe porque saben que hay muchos compañeros que están muy preparados y que tienen mucho conocimiento para compartir, pero los que tienen el conocimiento muchas veces no lo quieren compartir, entonces, lo comparten fuera de la institución, pero dentro muchas veces no quieren compartir con ellos”.

Al preguntarle si conocía algún motivo por el cuál sucediera esto, mencionó que ha recibido comentarios al respecto de que los profesionales de la salud en estos centros de trabajo son personas críticas y/o exigentes, lo que ha disminuido la disposición de los terapeutas a compartir su conocimiento.

Por otro lado, la informante refirió que considera importante trabajar en equipo, por lo cual se fomenta esta práctica trabajando de manera adecuada cuando es necesario. Si bien el trabajo en equipo es una práctica que se fomenta a pesar de que puedan existir diferencias entre algunos de los miembros del equipo de trabajo.

“Yo creo que en cuestión del trabajo en equipo yo creo que, si estamos bien, como todas las dependencias si hay diferencias. Creo que no te puedo decir que somos así como los más perfectos y todos aquí se aman y se adoran, pero sí, sí trabajan en equipo entre ellos si hay trabajo”

La participante mencionó que se han realizado actividades en las cuales se unen la plantilla de trabajadores estatales y federales, ya que sus actividades son diferentes y existen algunas condiciones propias de la estructura organizacional que generan la necesidad de trabajar en equipo para el logro de resultados.

Al preguntar sobre la estructura organizacional y en específico sobre el organigrama de los UNEME-CAPA, la participante mencionó nuevamente que la estructura y el funcionamiento organizacional de los UNEME-CAPA en Baja California es muy diferente a la estructura a los que existen en el país. Además, menciona que los terapeutas conocen que se trabaja distinto que en otros estados y realizan comentarios al respecto de lo que se hace o no se hace en Baja California.

“Ellos de hecho, siempre es como una de las observaciones que hacen. Es como que- en los otros estados si pueden hacer esto; es que en los otros estados hay esto y nosotros no lo tenemos (...) pero todo parece indicar que ya se comenzará a hacer así y pues quiero también pensar que los chicos estarán también más tranquilos en cuestión de que: “es que allá si hacen esto y nosotros no”.

La informante clave refirió que las diferencias en cuanto a las actividades que cumplen los estatales y los federales son claras. Además, de nueva cuenta se denotaron situaciones que dificultan el cumplimiento del trabajo de los profesionales de la salud como son por ejemplo la falta de herramientas para llevar a cabo el trabajo o cuestiones organizacionales como lo son los sindicatos.

Se le cuestionó sobre la existencia de cambios en la distribución de los profesionales de la salud de los UNEME-CAPA a lo que la informante refiere que no se han realizado cambios en la distribución de los terapeutas que hay en los UNEME-CAPA del estado, principalmente por la cuestión sindical.

Otro aspecto importante es que la participante refirió que la situación de los cambios de los terapeutas pudiese ser una barrera importante para que los usuarios regresen a recibir tratamiento en los CAPA:

“¿Sabes qué? yo considero que eso también tiene algo que ver, porque siempre están en el mismo lugar (terapeutas) y siempre son las mismas personas, y gente que en alguna vez y si por “x o y”, no le pareció o no le gustó, se le hizo muy largo las sesiones que tenían que alcanzar, etcétera, es gente que ya no quiere volver. O cuando vuelve se topa con las mismas personas y dice: “Es que no me siento a gusto”. Entonces lo que hacemos es que lo mandamos a otro CAPA y nos dice: “No pues no puedo ir porque me queda super lejos”.

Se le preguntó que si había propuesto cambios en la distribución de los profesionales de la salud o en la estructura organizacional de los UNEME-CAPA, a lo que la participante refirió:

“Sí, pero no se pueden hacer por lo que te comento (...) entonces, aunque lo queramos hacer, pues no son posibles”

En el caso del liderazgo, se exploró en el seguimiento del líder inmediato y en los mecanismos de recompensa utilizados en la organización. Al respecto del primer punto, la participante refirió que desconoce si existe una visión compartida de los profesionales de la salud con los objetivos que tienen como autoridades y/o representantes de los UNEME-CAPA.

Además, refirió que es complicado plantearse mejoras o nuevos objetivos de trabajo por iniciativa de las coordinaciones, debido a que necesitan documentos oficiales para realizar cambios en la forma de operar de los terapeutas debido a que pertenecen a un sindicato en donde necesitan la aprobación de las autoridades de CONADIC.

La informante refiere que no se recibe seguimiento oportuno por parte de CONADIC para las cuestiones sindicales, a pesar de que es necesario respaldar las decisiones y/o propuestas de las coordinaciones.

“Allá en CONADIC no mandaban respuesta, y mientras no venga algo oficial desde México donde diga que está autorizado que nosotros podemos hacer esos cambios, no tenemos un respaldo (...) ... por más que estuvimos insistiendo: “pónmelo por escrito, por favor. Necesito que me des algo por escrito para yo poder tener algo que argumente y respalde que yo ya tengo la autorización de hacer esos movimientos”, pues nunca lo tuvimos”

Por otro lado, la participante mencionó que algunos de los profesionales de la salud se han unido a manifestaciones y han parado sus actividades de atención a pacientes; además, también refirió que los profesionales de la salud consideran que ellos dependen de la Ciudad de México y que realmente es CONADIC la autoridad a la que ellos responden.

“Era mucha la justificación de que no cumplían las indicaciones que se les daban por parte de las coordinaciones y ellos lo argumentaban así es como: es que ellos no son realmente nuestras autoridades... nosotros dependemos de la Ciudad de México, y si de la Ciudad de México no viene algo donde nos esté diciendo que tenemos que hacer tal cual o tal cosa pues no, no lo vamos a hacer”.

Por otro lado, en el caso de los mecanismos de recompensa, la participante mencionó que no existen mecanismos de recompensa por cumplimiento de metas para ninguno de los tipos de plaza (federal/estatal).

En el caso de las TIC, la informante refirió que existe un mayor uso de las mismas en el caso de los federales o del personal que se encuentra en los UNEME-CAPA

“Por ejemplo, los UNEME-CAPA tienen lo que es el proyector, televisión y proyectan videos... tienen internet, proyectan videos (...) en la parte estatal, ellos si no tienen acceso a computadoras en las escuelitas porque no a todos les prestan y ellos casi no... y ellos casi no manejan mucho esta parte”.

Al indagar en la percepción de la eficiencia de las herramientas tecnológicas disponibles para los profesionales de la salud, la participante refirió que estas herramientas son eficientes, de igual manera que existe una percepción de aceptación compartida sobre las herramientas tecnológicas utilizadas en los UNEME-CAPA.

La informante refirió que la herramienta tecnológica que se utiliza mayormente para la comunicación entre los compañeros de trabajo es el teléfono celular, principalmente por llamadas telefónicas o mensajes de texto por Whatsapp. Además, manifestó que estas herramientas son imprescindibles para la realización de su trabajo:

“Yo creo que sí. De hecho, nos estarían haciendo falta más ¿no? porque...si nos está ayudando mucho y nos ayuda mucho y yo digo que si es una herramienta muy importante”.

CAPITULO 5. DISCUSIÓN

5.1. Interpretación de resultados.

El objetivo general de la presente investigación fue analizar la asociación de los factores organizacionales en las actividades de gestión del conocimiento en los Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME-CAPA) en Baja California.

Se encontró que existe una relación positiva y significativa entre la GC y los factores organizacionales propuestos para su medición como lo son la cultura organizacional, el liderazgo y las tecnologías de la información y la comunicación en las UNEME-CAPA.

El factor organizacional que estuvo mayormente relacionado a la GC dentro de las UNEME-CAPA fue el de liderazgo. Este hallazgo es similar a lo reportado por Ali et al., (2017) en Nueva Zelanda, en donde se encontró que el liderazgo influye dentro de las instituciones de salud, mejorando la calidad del conocimiento y las percepciones sobre los sistemas de GC sobre el uso y aceptación de los mismos, por lo que se considera que el liderazgo tiene un papel clave en la promoción e implementación de sistemas de GC en las organizaciones de salud.

Además, en el caso de los UNEME-CAPA, se observa que si bien existe una correlación positiva, alta y significativa entre ambos tipos de liderazgo (transformacional y transaccional) destacó mayormente el papel del liderazgo transaccional.

Cabe aclarar que los comportamientos del liderazgo transaccional y del transformacional pueden presentarse simultáneamente en las prácticas directivas sin afectar un estilo de liderazgo característico (Contreras y Barbosa, 2013).

Sin embargo, el hallazgo de liderazgo transaccional predominante en esta institución, se considera importante para la aplicación del conocimiento científico dentro del área de salud mental.

Por ejemplo, Powell et al. (2015) encontraron que el liderazgo transformacional era un factor determinante para el conocimiento de los terapeutas sobre la PBE, resaltando que este tipo de liderazgo inspira a otros, lo cual puede alentar al desarrollo personal y profesional a favor de la implementación y adopción de la PBE dentro de las instituciones de salud en Estados Unidos.

En este aspecto, cabe destacar la percepción de la informante clave al respecto del liderazgo que se ejerce dentro de las UNEME-CAPA, en donde pareciera contrastar con lo reportado por los terapeutas en el cuestionario likert, ya que se denotan dificultades para el seguimiento de instrucciones por parte de los terapeutas hacia su líder inmediato.

Además, el liderazgo fue relacionado principalmente con las actividades de aplicación del conocimiento, actividad que es considerada como la más frecuente dentro de las UNEME-CAPA. En este sentido, se vuelve importante poner atención en los procesos de supervisión por parte de los dirigentes de la organización (coordinaciones), no únicamente en el cumplimiento de los indicadores o metas, sino también en la calidad y pertinencia del conocimiento que los terapeutas manejan dentro de los UNEME-CAPA, sin importar el tiempo que el profesional de la salud lleve colaborando en estos centros.

Como menciona Villatoro (2016) la supervisión es una herramienta a la cual se puede recurrir aun cuando ya se tiene una amplia experiencia clínica, ya que

resulta útil recibir retroalimentación sobre el desempeño propio para mejorar las habilidades de atención, para resolver con mayor éxito aquellos casos complicados y para mejorar las redes de conocimiento y aprendizaje dentro de los centros de atención en salud.

Por otro lado, otro de los factores organizacionales que estuvo mayormente relacionado con la GC fue la cultura organizacional. Este hallazgo concuerda con los resultados de la investigación de Tang (2017), quien buscaba conocer la influencia de la GC en la cultura organizacional para estipular políticas de atención en salud en un hospital de Shanghai, encontrando que la cultura organizacional está altamente relacionada no únicamente con la efectividad en la implementación de un sistema de GC sino también en el desempeño y la efectividad organizacional.

Tang (2017) menciona que con la utilización de las tecnologías (por ejemplo, la utilización de Facebook) se pueden obtener beneficios tales como la creación de redes de aprendizaje y de trabajo en equipo entre profesionales de la salud que permitan compartir el conocimiento y enriquecerlo.

En el caso del trabajo en equipo dentro de las UNEME-CAPA, se encontró que esta práctica tiene una relación con los procesos de adquisición y transferencia del conocimiento. Este hallazgo es similar a lo que referido por Gaspar & Ferreira (2015) en donde mencionan que el trabajo en equipo es esencial en las organizaciones de salud, sobre todo en los procesos de adquisición, generación y difusión del conocimiento, impactando en el desarrollo individual del profesional de la salud y siendo importante para el éxito de la GC en este tipo de instituciones.

En el estudio de Vargas (2016) se hizo referencia a que una de las formas para adquirir conocimientos sobre la PBE en estas unidades, era mediante las capacitaciones, sin embargo, para que estas sean efectivas requieren de elementos clave como la retroalimentación por expertos y la supervisión para vigilar la fidelidad en la aplicación de los procedimientos y conocimientos adquiridos.

Por ejemplo, en un estudio realizado a 274 psicólogos en España en donde se evaluó el conocimiento sobre terapias conductuales de tercera generación, encontrando que, si bien los psicólogos conocían estos enfoques terapéuticos, pocos las aplicaban durante la práctica clínica diaria (Zych, Buela, Sierra & Gómez, 2012).

En otro estudio realizado en un centro de salud en Estados Unidos con profesionales de la salud dedicados a la atención del trastorno del espectro autista (TEA) en adultos, se encontró que, a pesar de que los terapeutas conocían las características más sobresalientes de estos perfiles, no contaban con las herramientas y habilidades suficientes para proporcionar la atención a pacientes TEA, lo que demostraba una necesidad de entrenamiento adicional para la atención sanitaria (Zerbo, Massolo, Qian & Croen, 2015). Esto denota la importancia de la formación continua, sobre todo en el profesional de la salud mental, en donde rápidamente se desarrollan nuevos modelos de intervención que pueden mejorar significativamente los resultados y la calidad de vida de los usuarios.

Por otro lado, en relación a las alianzas colaborativas, se observó que, según lo reportado por los profesionales de la salud, la contratación de personal capacitado

es una práctica común dentro de los UNEME-CAPA. Sin embargo, al preguntar a la informante clave sobre los procesos de contratación, se mencionó que la contratación de personal no es una práctica habitual dentro de dichos centros de trabajo, ya que la mayor parte del personal tiene más de 8 años laborando en esta institución, teniendo únicamente a una persona con donde la última vez que se contrató a personal (un trabajador) fue hace más de cuatro años.

De igual manera, en los resultados del cuestionario likert, se hace referencia a que el entorno no es tomado en cuenta para detectar las necesidades del contexto clínico (el conocimiento del terapeuta y el contexto del paciente) para apoyar en la toma de decisiones sobre qué conocimientos deben adquirirse.

Este tipo de situaciones han sido documentadas dentro del sistema de salud mental en México. Por ejemplo, Díaz-Castro, Arredondo, Pelcastre-Villafuerte & Hufty (2017), entrevistaron a agentes clave que toman decisiones dentro de estos sistemas; los informantes refirieron que los sistemas de información tienen debilidades, prestándose a la poca sistematización de la misma y en donde las estadísticas no se toman en cuenta para la toma de decisiones.

Este aspecto es muy importante, puesto que pudiera pensarse que el estudio del entorno y el contexto es un medio por el cual las organizaciones dedicadas a brindar servicios de salud deciden cuales son los conocimientos más adecuados que debe adquirir para poder hacerle frente a las demandas y exigencias del contexto y de este modo poder llevar a cabo las actividades y/o retos que se le presenten durante su práctica diaria.

Además, en el caso de la transferencia del conocimiento dentro de las UNEME-CAPA, se puede denotar una baja tendencia a la realización de estas actividades, en donde se incluyen actividades de difusión de información y conocimiento entre los miembros de la organización mediante diferentes mecanismos como; reuniones, retroalimentaciones, entre otras, así como también se incluye el aprendizaje entre pares.

Por otro lado, se reportó que la transferencia de información de la organización (reglas, filosofía organizacional) era realizado mayormente de manera ocasional. Aunque, al cotejar esta información con la persona informante clave, se mencionó que la actualización del conocimiento del personal sobre las políticas institucionales no era una actividad que se realice y/o se refuerce, ya que solamente se vio durante la inducción del personal, el cual, la mayor parte cuenta con más de 10 años laborando en estas instituciones.

Para que un sistema de GC funcione adecuadamente, es necesario incluir la participación activa y constante de los tomadores de decisiones y/o administrativos, al igual que la de los profesionales de la salud que estarán inmersos en dicho sistema, por lo que es importante también que los participantes conozcan cuál es la visión de la organización, cuáles son los objetivos que cumple dicha institución y que plantea hacer para lograrlo (Chang et al., 2016). De esta manera, puede lograrse una mayor sinergia entre los tomadores de decisiones y los agentes del conocimiento (profesionales de la salud) para mejorar las intervenciones realizadas a la población.

Al preguntarle al informante sobre la existencia de mecanismos formales para compartir conocimiento entre terapeutas, mencionó que se cuenta con el tiempo y la infraestructura para hacerlo, sin embargo, no es algo que se tenga como una práctica establecida.

Si bien no se profundizó en las razones por las cuales no se realiza de manera formal, se considera que la transferencia "informal" del conocimiento puede tener implicaciones tanto positivas como negativas; por un lado, puede entenderse como señal de compañerismo, trabajo en equipo y confianza para compartir experiencias y conocimientos, sin embargo, en contraste también pudiera prestarse a situaciones en donde la información que se comparte entre profesionales de la salud puede contener errores o poca validez.

Por lo tanto, podría ser recomendable formalizar estos mecanismos de transferencia, en donde los tomadores de decisiones tengan un mayor conocimiento y entendimiento de las problemáticas a las cuáles se enfrentan los terapeutas que laboran en estos centros para así adquirir y transferir los conocimientos más adecuados.

Echeburúa, Salaberria, Del Corral & Polo (2010) refieren que las claves que forman a un buen psicólogo clínico no son solamente los conocimientos teóricos, las experiencias o los conocimientos en la selección de lo que ha demostrado tener mejor evidencia, sino también aspectos del conocimiento actualizado, la facilidad para adaptarse a los cambios, sobre todo, la capacidad para integrarse en un equipo de trabajo.

Tomando en cuenta estas características, es importante resaltar que los profesionales de la salud mencionaron estar dispuestos a participar en las actividades que le solicitan sus superiores, sin embargo, este aspecto queda poco claro debido a las barreras y/o situaciones problemáticas expuestas por la informante clave en cuanto al seguimiento de instrucciones por parte de los terapeutas.

Con respecto a la comunicación de los objetivos y estrategias de la organización, la informante clave refirió que es frecuente la realización de comunicados, oficios y reuniones en las cuales se brindan instrucciones de lo que se deberá realizar. Esto concuerda con lo encontrado en el cuestionario likert, en donde se encontró una frecuencia mayor en las actividades de comunicación.

Arboleda (2016), encontró que, en instituciones públicas de salud, el 44% de los colaboradores refirieron que la comunicación con sus superiores era buena o excelente, asociándolo posteriormente a que las personas se sienten mayormente motivadas al desempeño de sus labores. Sin embargo, en las UNEME-CAPA no queda claro si los valores y la visión son realmente comunicados de forma ocasional y frecuentemente como refieren los profesionales de la salud en el cuestionario aplicado. Esta discrepancia en las respuestas brindadas por los terapeutas y según la información brindada por la informante, no pudo ser aclarada.

Con respecto a los valores y la filosofía organizacional, Robbins & Judge (2013), mencionan que es necesario considerar la época en que los individuos de una organización ingresaron a la fuerza laboral, debido a que la generación puede

determinar también la percepción y jerarquía de valores de los que colaboran en la organización.

Esto concuerda con lo que mencionan Rodríguez-Soto y Cumbia-Avilés (2015), en donde encontraron que la edad es un factor determinante en la implementación de las PBE en salud mental, mencionando que es posible que las generaciones más jóvenes de profesionales de la salud estén mayormente expuestas a las PBE que aquellos que llevan años dentro de los contextos clínicos.

Aunado a este hallazgo, en el trabajo de Martínez et al. (2016), se reporta que una de las barreras para la transferencia de tecnología dentro del contexto clínico es la edad y la experiencia, en donde se considera que, a mayor edad y experiencia clínica, será más difícil la adopción de una nueva tecnología, siendo en este caso principalmente los tratamientos y programas que se aplican dentro de los UNEME-CAPA.

Además, el tiempo dentro de la organización también podría ser una variable que influya en la aceptación del cambio organizacional y en el seguimiento de instrucciones. Por ejemplo, en un estudio realizado por Arboleda & López (2017), se obtuvieron resultados sobresalientes con respecto a la cultura organizacional en instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. Se encontró que existe una mayor aceptación al cambio en profesionales de la salud con menor antigüedad en la organización y en quienes tenían algún cargo administrativo.

Esto es interesante, puesto que podría pensarse que el hecho de tener mayor tiempo contribuyendo en una institución se ampliaría el sentido de pertenencia y de

observación ante las necesidades del cambio organizacional para la mejora continua de los servicios que se prestan. Sin embargo, al parecer una de las principales dificultades para el cumplimiento de los objetivos organizacionales y terapéuticos dentro de los UNEME-CAPA son las cuestiones sindicales, las cuales no han permitido a la organización realizar cambios estratégicos en el personal de salud para mejorar la atención a los usuarios.

Como refieren Sullivan, Limaye, Mitchell, D'Adamo, Baquet (2015) de acuerdo a cómo se administre el conocimiento está relacionado con el desempeño que tendrá una organización de acuerdo al servicio que brinda. Estos mismos autores refieren que al utilizar los recursos administrativos y de difusión del conocimiento se pueden mejorar las habilidades de los miembros de una organización, como lo son el proporcionar cursos y/o adquirir bibliografía que mejorarán su rendimiento.

En el caso de la estructura organizacional, es importante resaltar que, en Baja California, los UNEME-CAPA mantienen una estructura organizacional totalmente diferente a la que se maneja en el resto del país (Vargas, 2016) y la cual, según lo referido por la informante clave, se desconoce la razón por la cual se ha mantenido esta estructura.

Macías-Chapula (2009), Sheng et al. (2013) y Martinez et al. (2016) han referido que existen diversas barreras para la gestión y la transferencia del conocimiento, entre las cuales se encuentran las barreras institucionales que pueden corresponder también a la estructura y los procesos organizacionales.

Sin embargo, según lo referido por la informante, durante el año 2020 vendrán cambios en la forma de operar de estas unidades, por lo tanto, se consideraría necesario tomar en cuenta este aspecto para explorar con mayor profundidad en las características estructurales que permiten la implementación de los sistemas de GC en estas instituciones, sobre todo en la influencia en la toma de decisiones de las coordinaciones en los sistemas de salud mexicanos como lo son la estipulación de sindicatos.

Por último, en el caso de la relación de las TIC con las actividades de GC, se encontró que, si bien ambas variables tienen una relación positiva y significativa, su relación es moderada. Se obtuvo una relación mayor en el uso de las TIC, principalmente en los procesos de almacenamiento del conocimiento.

Uno hallazgos notables en esta práctica de GC fue la poca frecuencia en la realización documentación de experiencias y lecciones aprendidas, reportándose esto en el cuestionario aplicado a los profesionales de la salud y en la entrevista realizada a la informante clave, en donde se negó la ejecución de esta práctica, sin embargo, no se proporcionó mayor información sobre la inexistencia de esta actividad dentro de las UNEME-CAPA.

Podría pensarse que, al no documentarse los retos, experiencias y lo aprendido mediante la práctica clínica, es poco probable que se tenga un registro sobre la efectividad real de los tratamientos y/o resultados de los programas y tratamientos utilizados

La literatura refiere la importancia del papel de las TIC en la documentación del paciente, ya que estas pueden contribuir en la organización de documentos y de los datos del paciente (Hui-Chuan & Cates, 2018). Además, se ha reportado que las TIC pueden ayudar a reducir los errores en el diagnóstico y servir como un medio de soporte en el mismo, ayuda en la intervención del paciente por medios digitales y con esto ahorrar costes de operación (McCullough, Casey, Moscovice & Prasa, 2010; Wanden, Sabucedo, Martinez, 2011)

En el caso de los manuales, se indagó únicamente en su existencia y disponibilidad, mas no en el uso preciso de ellos, sin embargo, la informante clave refirió que el uso de los manuales era constante, aunque algunos de los manuales no se actualizaban ni se utilizaban con fidelidad, como es el caso del programa FORMA.

Lo anterior coincide con lo reportado por Vargas (2016) sobre aspectos de reinención tecnológica dentro de estas unidades, aunque en los hallazgos encontrados en dicha investigación, resaltaba la poca interacción de los terapeutas con los manuales publicados por CONADIC (tratamiento).

Macías-Chapula (2009), realizó un análisis de los principales aspectos relacionados a la GC, de las barreras relacionadas al uso de la investigación científica y una reflexión sobre el sistema de salud nacional. Este autor encontró que son tres los elementos involucrados en la GC en México: la fuente de información (manuales, facilidad de uso y flexibilidad, formatos, entre otros), el usuario (real-potencial, interno-externo) y el canal de comunicación que conecta la

fuentes con el usuario (medios comunicativos, políticas, desarrollo organizacional, etc.).

Por lo tanto, puede entenderse que los sistemas de salud siguen presentando barreras en los procesos que permiten gestionar el conocimiento y de la implementación de las mejores prácticas clínicas, en donde se precisa denotar la falta de actualización de las fuentes de información dentro de estas unidades como lo son los manuales de los programas que se aplican para la prevención y tratamiento de los usuarios.

Además, si se toma en cuenta la actividad de documentación de las experiencias clínicas y lecciones aprendidas con la aplicación del conocimiento, se podría dar un paso importante para trabajar en la reinversión tecnológica con base en la evidencia, en donde se pueda documentar lo que ha brindado mayores resultados, creando una memoria organizativa (Calderón y Araujo, 2015), la cual permita recuperar las experiencias de aprendizaje del profesional de la salud, utilizando las TIC para facilitar el proceso de desarrollo de innovaciones tecnológicas en salud.

Por ejemplo, Hui-Chuan & Cates en 2018, encontraron que existía una relación significativamente positiva entre la capacidad de la tecnología de la información y la gestión del conocimiento en el sector de la salud, lo cual puede ayudar a las relaciones y a la colaboración entre profesionales de la salud con respecto no únicamente a la utilización de la tecnología, sino también al análisis de la información en salud recopilada y su vez, fomentar la construcción de nuevo conocimiento.

Asimismo, McEvoy et al. (2017), refieren que, en instituciones públicas, el uso de las tecnologías de la información (TIC) cobra un papel relevante no únicamente en la GC sino también en la implementación o aplicación del conocimiento en las instituciones públicas; de igual manera, mencionan que para que la implementación de las TIC pueda obtener los resultados que la organización requiere, es necesario trabajar en la aceptación del valor que agrega las tecnologías a las actividades que realizan los trabajadores, principalmente en aquellas organizaciones públicas dedicadas a brindar servicios, en las cuales se manejan grandes cantidades de información y conocimiento y que a su vez, el usuario final del mismo será la población.

En el caso de las UNEME-CAPA, los profesionales de la salud y la informante clave reportaron que las TIC son primordiales para el desempeño de las tareas laborales, por lo tanto, siempre están disponibles, aunque se percibe la necesidad de incluir mayor capacitación y más herramientas tecnológicas que permitan llevar a cabo los procesos de trabajo.

Más del 90% de los encuestados refirieron que utilizan las redes sociales para la comunicación con sus compañeros de trabajo. Este hallazgo fue cotejado con la informante clave, quien refirió que su vía principal de comunicación con los profesionales de la salud es Whatsapp.

En un estudio realizado a 94 psicólogos en Argentina, el 78.7 % respondió que tiene conocimiento de los recursos tecnológicos con fines comunicacionales, sin embargo, desconocen sus usos en otros aspectos como la evaluación o como complemento para la atención a pacientes (Distefano et al., 2018).

Este aspecto es importante, puesto que en las UNEME-CAPA solamente cinco de 77 participantes refirieron que utilizan las redes sociales para la atención a pacientes. Esto podría deberse a la desconfianza y/o dificultad que puede generar brindar atención en línea, sin embargo, cabe destacar que en los últimos años se han realizado iniciativas en México por parte del gobierno federal para la atención en línea en situaciones de consumo de sustancias y de trastornos del estado del ánimo como la depresión y ansiedad, existiendo sitios en línea por parte de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) [Línea de la vida] en donde se tiene atención personalizada por internet; otro ejemplo es el Programa de Ayuda para el Abuso de Drogas y Depresión (PAADD) el cuál brinda tratamiento psicológico breve por internet, programa que ha mostrado eficacia en otros países.

Hui-Chan & Cates (2018), refieren que las nuevas tecnologías de la información permiten a los profesionales de la salud la búsqueda de nuevas formas de mejorar la calidad de la atención que se brinda a los usuarios, al igual que operar de forma más eficaz y eficiente.

Como mencionan Naldöken & Tengilimoğlu (2017), no es suficiente tener un conocimiento y utilizarlo para alcanzar las metas de las organizaciones de salud, sino también es necesario esparcirlo y compartirlo con otros profesionales de la salud en donde la infraestructura tecnológica cumple un papel importante para la diseminación del conocimiento.

Además de la infraestructura, se podría considerar que el liderazgo de las autoridades o figuras principales ante los terapeutas puede ayudar al mantenimiento de una actitud positiva ante el uso de las TIC, no únicamente como un medio de

almacenamiento o de comunicación entre profesionales de la salud, sino también como una forma de llegar a más personas de manera eficiente y económica, sobre todo tomando en cuenta la problemática planteada por la informante clave, en donde los pacientes dejan de asistir a tratamiento por falta de recursos para transporte y/o por falta de tiempo.

Arboleda (2016) menciona que es necesario que las instituciones de salud adopten nuevas y diversas formas para la documentación del conocimiento, las cuales vayan alineadas al uso de la tecnología al igual que deben preparar a las personas para estos cambios estructurales en los procedimientos de la organización.

Becker & Jensen (2013) realizaron un estudio en donde asociaron las actitudes de los terapeutas a la PBE con el entrenamiento en TIC, encontrando que se observaba que las personas con una menor fluidez en las habilidades computacionales y tecnológicas tenían actitudes mayormente negativas a las capacitaciones en línea.

Tomando en cuenta las necesidades de capacitación en TIC en los profesionales de la salud de estas unidades donde un 55% considera tener un nivel intermedio en el uso de las tecnologías de la información, se piensa necesario realizar esfuerzos para concientizar y capacitar a los profesionales de la salud en el uso y manejo adecuado de las tecnologías disponibles, como lo son los sistemas y plataformas digitales institucionales e incluso en aspectos básicos como el uso adecuado de los sistemas de cómputo y búsqueda de información en internet.

Como mencionaron Calderón y Araujo (2015), al utilizar los recursos y herramientas tecnológicas, es posible asegurar los procesos investigativos que generan conocimiento y hacerlo llegar a todo aquel que lo necesite en cualquier contexto, cumpliendo de esta manera uno de los fines principales de la GC en el área de salud.

5.2 Conclusiones y recomendaciones

Tomando en cuenta los hallazgos encontrados en la presente investigación, se considera necesario que las organizaciones dedicadas a brindar servicios de salud tomen en cuenta a la GC como una estrategia que permite la implementación de las mejores prácticas tanto administrativas como clínicas, lo cual puede favorecer al desempeño y el cumplimiento de los objetivos organizacionales.

Una de las principales fortalezas de este estudio es la novedad en el abordaje del tema, puesto que la literatura publicada a nivel nacional e internacional sobre la GC en instituciones de salud mental es limitada, por lo que se recomienda realizar nuevos estudios en contextos del sector de salud pública y privada.

Por otro lado, se piensa que el tamaño de la muestra (80 profesionales de la salud) fortalece los resultados obtenidos, puesto que se recolectó información del 90% del personal que labora en dicha institución. Además, en el caso del proceso de recolección de datos, el cuestionario utilizado obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.97, mismo que fue evaluado por jueces expertos en el áreas directivas y operativas de otros UNEME-CAPA del país y expertos dedicados a investigar en áreas de salud e innovación.

Durante la aplicación del cuestionario, se denotó una clara tendencia hacia la opción de respuesta “ocasionalmente” en la mayor parte de las preguntas que componían a la escala likert. Además, se encontraron algunas discrepancias entre los resultados cuantitativos y cualitativos, probablemente por deseabilidad social o por la modalidad de aplicación del cuestionario (en línea). Esta situación de la deseabilidad social del terapeuta ante las respuestas obtenidas en los cuestionarios, había sido considerada con antelación en el estudio realizado por Vargas (2016) en estas unidades.

Por lo tanto, para futuros estudios podría considerarse la utilización de otras técnicas y metodologías que permitan un contacto más directo hacia las situaciones estudiadas en los profesionales de la salud, como lo son la observación directa y/o estudios de caso.

Por otra parte, es importante mencionar que, por el tipo de diseño correlacional de esta investigación, los resultados no pueden determinar relaciones causales entre los factores organizacionales y la GC en las UNEME-CAPA de Baja California, sin embargo, los resultados obtenidos aportan para continuar con un trabajo de análisis que permita apoyar en la GC en este tipo de centros de trabajo.

De igual forma, se considera necesario entrevistar a las autoridades que componen a los UNEME-CAPA, puesto que, a pesar de obtener información sobre la percepción de una informante clave, no fue posible cotejar si las situaciones organizacionales que se presentan actualmente (sindicatos, actitudes de los terapeutas entre compañeros de trabajo y la documentación de lecciones

aprendidas) son situaciones compartidas y percibidas por quienes dirigen a estas unidades de atención.

Sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación, permitieron la detección de futuras líneas de investigación, las cuales pueden brindar una mayor comprensión de los hallazgos que se encontraron con la aplicación del enfoque mixto (cuanti-cualitativo), las cuales se presentan a continuación:

a) Barreras para la gestión del conocimiento en instituciones de salud.

Si bien, de forma general la gestión del conocimiento obtuvo puntuaciones que no se diferenciaron mucho entre las dimensiones propuestas, se considera necesario reforzar las actividades que corresponden a cada dimensión, destacando la adquisición y la transferencia del conocimiento como áreas de mejora dentro de estas unidades.

Además, se considera poner énfasis en las actividades de difusión o transferencia, puesto que son una piedra angular para que el flujo de la información y del conocimiento pueda llevarse a cabo de la manera más eficiente y efectiva, abonando de esta manera a que exista una mejor calidad en el conocimiento que es trasladado hacia la población para atacar una problemática que atañe al sector de la salud mental, como es el caso de la prevención y tratamiento en el consumo de sustancias.

Se puede considerar que la transferencia del conocimiento es un eje central para que el conocimiento en salud llegue de manera fluida a la población mediante la aplicación del mismo, y a su vez, que la aplicación del conocimiento permita obtener un impacto significativo en la calidad de vida de los usuarios que acuden a él.

Sin embargo, durante la entrevista con la informante clave se mencionaron, algunas barreras tanto para la transferencia como para la implementación y/o aplicación del conocimiento dentro de este tipo de instituciones.

Estas barreras concuerdan con expuesto por Martínez et al. (2016) quienes describen que existen tres tipos de barreras para la transferencia y la implementación de los programas con base en la evidencia científica en escenarios clínicos: las barreras institucionales, del terapeuta y del usuario.

De acuerdo a la información recopilada, se podría considerar que dentro de los UNEME-CAPA de Baja California, se presentan barreras institucionales referentes a los procedimientos y a las políticas institucionales (por ejemplo: las "cuotas de los pacientes", falta de recursos y de insumos como vehículos y materiales de oficina, sindicatos que no permiten optimizar el recurso humano, entre otros).

Por otro lado, podrían estarse presentando barreras por parte de los terapeutas como lo son la falta de adquisición de nuevos materiales y capacitaciones, dificultades del terapeuta para la aplicación de metodologías y/o el uso de enfoques con fundamentación científica.

Adicionalmente, para mejorar la calidad de las relaciones entre los profesionales de la salud y para transferir conocimiento útil y actualizado a la población, se podría aprovechar la oportunidad de la vinculación con instituciones educativas y gubernamentales para la adquisición, transferencia y reforzamiento de los conocimientos necesarios para ejercer la práctica clínica diaria.

De este modo, tanto los desarrolladores de los programas, tomadores de decisiones y los líderes de estas unidades, pueden determinar de manera más acertada si el conocimiento actual y adquirido por los profesionales de la salud es suficiente para llevar a cabo sus funciones y a su vez, con la retroalimentación de los terapeutas, puede llegarse a obtener un panorama más amplio de lo que vale la pena aplicar según los resultados que han obtenido dos de los agentes principales del conocimiento: los terapeutas y el usuario que acude a estos servicios para mejorar su calidad de vida.

Por lo tanto, las actividades de transferencia o difusión deben centrarse no únicamente en que un conocimiento se lleve a la organización o a la población, sino en la cualidad de que la transferencia del conocimiento en salud puede ser vista un proceso bidireccional y de retroalimentación continua entre la población y los profesionales de la salud y en el cual deben realizarse ajustes a nivel organizacional se puede mejorar los mecanismos de transferencia entre profesionales de la salud dentro del contexto clínico, para de este modo mejorar el conocimiento que es aplicado en el contexto real.

En este sentido, las comunidades de práctica o mecanismos formales de transferencia, pudieran ayudar a mejorar la colaboración entre los terapeutas para la solución de casos clínicos complejos, al igual que pudiera hacerse notar el papel del terapeuta experto o como menciona Vargas (2016) pueden surgir aquellos seguidores de la misión que impulsen la utilización de las mejores prácticas clínicas.

Bornbaum et al. (2015) hacen referencia al término de "Knowledge brokers" o "intermediarios del conocimiento" como un recurso humano valioso que permite el establecimiento de estrategias para la traslación efectiva del conocimiento, ya que este agente facilita la interacción, desarrollo y entendimiento de los objetivos y metas del conocimiento, al igual que permite identificar las áreas donde es necesario atender, identificar, evaluar y trasladar la PBE, facilitando la gestión del conocimiento en contextos de salud.

Como menciona Mul (2014) la socialización del conocimiento es una de las formas más eficaces para transmitir el conocimiento, en donde se centra en la interacción de los individuos y la compartición de los conocimientos tácitos de los agentes del conocimiento.

Por lo tanto, al establecer mecanismos formales de transferencia del conocimiento como lo son las comunidades de práctica para la discusión de casos, los proyectos y equipos de trabajo entre profesionales de la salud o incluso en equipos multidisciplinarios puede abonarse conocimiento importante para la solución de las situaciones encontradas en el día a día durante la práctica clínica del psicólogo.

Además, podría considerarse que es de suma importancia no perder de vista el contexto externo, como lo son las necesidades de los usuarios que acuden a los servicios de salud, para de esta manera tener una visión más certera sobre qué conocimientos deberán adquirirse para posteriormente ser implementados, en donde la documentación de las lecciones aprendidas podría tener un papel importante al momento de plantear las políticas públicas y en salud y/o programas que se aplican para la atención a la salud mental, específicamente en el área de prevención universal y en el tratamiento de adicciones.

Tomando como referencia el punto anterior, es importante señalar de baja comunicación con los desarrolladores de los programas que se aplican en los UNEME-CAPA para compartir sus experiencias de aplicación de tratamientos. Sin embargo, podría considerarse que previo a esto, los tomadores de decisiones deben establecer mecanismos formales tanto de discusión de los resultados obtenidos entre los profesionales de la salud dentro de estas unidades, como también de la documentación de las experiencias y de los resultados obtenidos con el conocimiento aplicado.

Esto con el principal objetivo de conocer la funcionalidad y adaptaciones culturales que deben realizarse en los contenidos de los programas y tratamientos que se aplican en las UNEME-CAPA, esto desde la perspectiva de quienes utilizan de forma intensiva el conocimiento en salud disponible en estas unidades.

Debido a los resultados obtenidos durante la presente investigación, se considera necesario profundizar en las percepciones de los profesionales de la

salud para detectar los posibles factores y retos a los que se enfrenta el psicólogo clínico durante su práctica diaria, surgiendo las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son los retos para la transferencia del conocimiento en instituciones de salud mental en México?

¿Cómo percibe el terapeuta su papel dentro de la transferencia del conocimiento en instituciones de salud mental en México?

b) Evaluación periódica de los programas de intervención que se aplican en salud mental.

Si bien, el estudio del funcionamiento de los programas aplicados dentro de los UNEME-CAPA no fueron el objetivo principal de esta investigación, se considera primordial el estudio de su efectividad como parte del ciclo del conocimiento de la propia institución.

Desde la investigación de Vargas (2016), existen indicios de la pertinencia en la evaluación de los programas que se aplican en los CAPA, especialmente del programa FORMA. Esta pertinencia se confirma en la presente investigación, ya que de acuerdo a la información obtenida por la informante clave, se comprende que el programa ya no es aplicado de forma fidedigna de acuerdo a los manuales existentes dentro de los UNEME-CAPA debido a que ya no corresponde al contexto

actual del adolescente, por lo tanto, podría considerarse que el conocimiento existente debe ser actualizado para cubrir con las necesidades actuales de la población dentro de la misma prevención universal.

Además, se reportó que ocasionalmente las lecciones aprendidas son tomadas en cuenta para la implementación de las mejores prácticas en el trabajo, cuando al cotejar esto con la informante clave, se denotó que esta práctica no era realizada como una manera de evaluar si el conocimiento que se aplica al usuario es el adecuado, por lo tanto, se considera importante analizar los mecanismos de evaluación e implementación del conocimiento en estas instituciones.

Un aspecto básico dentro de la triada de la PBE (conocimiento científico, habilidades clínicas y contexto dónde se aplica), es el tomar en cuenta las necesidades, las normas y los valores de la cultura a donde se pretende aplicar un conocimiento.

Por lo tanto, como mencionan Marsiglia, Kulis, Martinez, Becerra & Castillo (2009) al conocer las normas y valores culturales de México, pueden cimentarse las bases para la adaptación de programas de prevención, alentando a la implementación y evaluación constante de la PBE ejercida por el personal de los sistemas de salud.

Se considera primordial tomar en cuenta a los sistemas actuales de enseñanza de estrategias para la resistencia a las drogas y las habilidades de comunicación de los usuarios del conocimiento (terapeutas-población), para que de

esta manera los programas que se apliquen para el mejoramiento de la salud mental, sean culturalmente apropiados para quienes utilicen las habilidades adquiridas mediante estos programas en su día a día.

Además, dentro de la evaluación propuesta para determinar la factibilidad del conocimiento aplicado, podría incluirse la evaluación de las habilidades de exploración y observación clínica del terapeuta, las cuales permitirían el desarrollo y mejora en las capacidades del profesional de la salud para discernir y elegir el conocimiento más adecuado para aplicar en su práctica clínica.

Al mismo tiempo, esta evaluación puede extenderse a otros elementos de la GC, realizando así una evaluación integral de las habilidades del profesional de la salud para gestionar sus propios conocimientos en actividades como la documentación del usuario y/o expediente clínico del paciente y en las habilidades para la intervención clínica.

Con esto, quienes determinan los conocimientos que los profesionales de la salud deben adquirir, podrían tomar en cuenta la implementación de capacitaciones o entrenamientos en los procesos de almacenamiento (documentación física/digital del profesional de la salud) y de transferencia y/o difusión del conocimiento a la población.

Por ejemplo, en un análisis realizado por Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora en 2013, al respecto de las políticas públicas en salud mental en México, en el caso específico de la depresión, hace referencia a la importancia de tener un

estimado de costo-efectividad con relación a la conveniencia de aplicarse y gestionarse un tratamiento.

Esta estimación es lo que permite conocer cuáles son los tratamientos que conviene gestionar, teniéndose en cuenta que los recursos con los que se cuenta para atender las demandas y las necesidades de salud son finitos y en ocasiones insuficientes para la ejecución adecuada de los procedimientos organizacionales y clínicos.

Por lo cual, es necesario que se invierta ese recurso en lo que está garantizado que ofrece mayores beneficios por menos costos de operación, menores tiempos de ejecución y que tenga el respaldo suficiente en que con su aplicación podrá brindar los resultados esperados para la resolución de las problemáticas que enfrentan los sistemas de salud tanto en México como en otras partes del mundo.

Asimismo, con la evaluación periódica de los sistemas de salud, se podría fomentar a un mejor aprovechamiento de los recursos económicos y tecnológicos con los cuales cuenta la organización y con esto lograr una práctica clínica que permita el cumplimiento de los objetivos profesionales, terapéuticos y organizacionales.

Además, estas actividades formativas en GC podrían reforzarse desde los planes académicos en los centros educativos y/o universidades públicas y privadas, tanto en la transferencia del conocimiento científico y validado como en las habilidades para la documentación clínica del paciente.

Esto puede lograrse mediante la realización de actividades que relacionen a los futuros profesionales de la salud con temas relacionados al conocimiento científico y al aprovechamiento del conocimiento tácito (clínico), al igual que en el entrenamiento constante para la correcta documentación e integración de la información clínica del paciente.

Por lo tanto, se considera que estas habilidades de observación y documentación de la práctica clínica, deben ser un eje central dentro de la formación del profesional de la salud mental, por lo que las universidades y centros educativos podrían brindar mayor énfasis en el desarrollo de aptitudes que estén relacionadas a la PBE.

Lo anterior genera las siguientes interrogantes:

¿Qué tan pertinente es el conocimiento que se aplica a la población dentro de estas instituciones de salud mental?

¿Cómo se miden los efectos de los programas de intervención en salud mental y de qué forma se toman decisiones con estos resultados?

¿Con qué frecuencia se evalúa la funcionalidad del conocimiento existente en las instituciones de salud mental?

¿Cómo se evalúan las habilidades clínicas del profesional de la salud mental (comunicación, documentación, intervención)?

c) Factores del ambiente organizacional en la calidad del servicio de salud.

Se considera importante denotar algunos aspectos dentro de la propia cultura organizacional que podrían estar propiciando esta dificultad para el avance en la GC en este tipo de instituciones de salud.

La poca claridad en las funciones del trabajo o la incertidumbre dentro de las actividades que deben realizarse en el día a día, pueden ser factores que influyan directamente en la actitud del profesional de la salud ante los sistemas de trabajo y, por ende, ante la calidad de atención brindada al usuario.

De igual manera, se considera que esto podría afectar directamente en la implementación de un sistema de GC y específicamente, en los mecanismos de transferencia del conocimiento entre terapeutas y a su vez, del terapeuta hacia el contexto externo como lo es el paciente.

Como mencionaron Rodríguez-Soto y Cumba-Avilés (2015), es necesario explorar tanto en las características propias del profesional de la salud (p.e. actitudes ante la implementación de la PBE, factores psicosociales como lo son el estrés laboral o burnout, entre otras), al igual que las características contextuales y organizacionales como lo son la cultura y la infraestructura organizacional para fomentar la práctica en el profesional de la salud poniendo énfasis en la capacitación y el entrenamiento en lo que ha ofrecido mejores resultados en otros contextos y sobre todo en el clima organizacional que favorezca los ambientes de implementación de metodologías de mejora continua en el sector de la salud tanto

en el servicio que se oferta como en los procedimientos que forman parte de lo que se ofrece (programas).

Al respecto del clima organizacional, Powell et al. (2015) encontraron que cuando el clima organizacional que está caracterizado por estrés, es asociado a menores niveles de atracción hacia la PBE en terapeutas dedicados a brindar servicios de salud mental. Además, es necesario considerar que las instituciones dedicadas a transferir conocimiento que impacta en la calidad de vida de la población, deben de contar con los recursos y con el tiempo suficiente para diagnosticar, planear y ejecutar las adaptaciones que sean necesarias para llegar a contextos reales (Martinez et al., 2016).

Arboleda-Posada (2016) refirió que las instituciones de salud necesitan establecer nuevas alianzas o programas en conjunto con la academia o instituciones educativas, para identificar las diferentes formas de implementación de la GC, así como facilitar el progreso y la competitividad de las instituciones.

En este sentido, se considera importante resaltar las alianzas que tiene la institución con entidades públicas y educativas como lo son la Universidad Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), fungiendo como una estrategia clave para conocer los efectos de la aplicación del conocimiento científico en contextos reales y a su vez, puedan contribuir a fortalecer la actividad formativa del profesional de la salud.

De este modo, tanto los desarrolladores de los programas como quienes toman decisiones dentro de estas unidades pueden determinar de manera más acertada si el conocimiento actual y adquirido por los profesionales de la salud es suficiente para llevar a cabo sus funciones y a su vez, con la retroalimentación de los terapeutas, puede llegarse a obtener un panorama más amplio de lo que vale la pena aplicar según los resultados que han obtenido dos de los agentes principales del conocimiento: los terapeutas y el usuario que acude a estos servicios para mejorar su calidad de vida.

Además, este tipo de acciones permitirían aprovechar de mejor manera los recursos electrónicos y digitales dentro de las instituciones de salud pública en el estado de Baja California, al mismo tiempo que pudiera fomentar la formación de redes de conocimiento más sólidas y disponibles en todo momento.

Se podría entender que las empresas e instituciones dedicadas a brindar servicios de salud, requieren tener claros los diversos aspectos culturales y estructurales de la organización, como lo son los niveles jerárquicos y los canales de comunicación entre cada uno de estos niveles; además, se considera primordial que los valores, las normas, las reglas y los objetivos organizacionales, puesto que de esta manera se tiene una mayor claridad de las expectativas del comportamiento del colaborador y a su vez, de quienes dirigen a la organización.

Sería importante realizar entrevistas con informantes clave para ejemplificar y/o ampliar la percepción del terapeuta sobre el liderazgo en las UNEME-CAPA de Baja California, principalmente con las personas de plazas federales, ya que se

reportaron ciertas situaciones importantes (huelgas, inconformidades laborales y confrontaciones con otras autoridades de CONADIC) mas no se profundizó en ellas ni se cotejó si este tipo de escenarios se presentan en todo el Estado.

Tomando en cuenta lo anterior, surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la percepción del terapeuta sobre las condiciones de trabajo en las UNEME-CAPA?

¿Cómo impacta el clima organizacional en la implementación de la PBE en instituciones de salud mental?

REFERENCIAS

- Addiction Technology Transfer Center [ATTC] (2011). Research to practice in addiction treatment: Key terms and a field-driven model of technology transfer. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 169–178.
- Agudelo, V. C.A., Martínez, S.L.M. y Ortiz, T.I.C. (2013). Gestión del conocimiento: un activo intangible a través de la investigación. *Revista praxis*, 9, 108-113.
- Ali, N., Tretiakow, A., Whiddett, D. & Hunter, I. (2017). Knowledge management systems in healthcare: Leadership matters. *International Journal Of Medical Informatics*, 97, 331-340.
- Arbeláez, M.C. (2014). Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) un instrumento para la investigación. *Revista Investigaciones Andina*, 16(29), 997-1000.
- Arboleda, G.I. (2016). Percepción que los gerentes tienen acerca de la gestión del conocimiento en las instituciones de salud de mediana y alta complejidad del Valle de Aburra, 2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32 (2), 42-53.
- Arboleda-Posada, G.I. (2016). Conceptualización de la gestión del conocimiento en instituciones de salud de mediana y alta complejidad. *Salud Pública*, 18(3), 379-390.
- Arboleda-Posada, G.I., y López-Ríos, J.M. (2017). Cultura organizacional en las instituciones prestadoras de servicios de salud del Valle de Aburrá. *Revista ciencias de la salud*, 15(2), 247-258.

- Arceo, G. (2009). *El impacto de la gestión del conocimiento y las tecnologías de información en la innovación: un estudio en las Pyme del sector agroalimentario de Cataluña* (Tesis doctoral). Universidad Politécnica de Cataluña, España.
- Armstrong, R., Waters, E., Crockett, B., & Keleher, H. (2007). The nature of evidence resources and knowledge translation for health promotion practitioners. *Health Promotion International*, 22, 254–260.
- Asian Productivity Organization [APO]. (2010). *Knowledge Management Tools and Techniques Manual*. Asian Productivity Organization: Japón.
- Avendaño, P.V. y Flores, U.M. (2016). Modelos teóricos de gestión del conocimiento: descriptores, conceptualizaciones y enfoques. *Entre ciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento*, 4(10), 201-227.
- Barbosa, R.D.H., Mihi, R.A., Noguera, H.A. (2014). Gestión del conocimiento y liderazgo: perspectivas de relación. *Perspectiva psicológica*, 10(1), 57-70
- Barragán, O.A. (2009). Aproximación a una taxonomía de modelos de gestión del conocimiento. *Intangible Capital*, 5(1), 65-101.
- Bass, B. (1990). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational Dynamics*, 18 (3).19-31.
- Becerra-Fernández, I. & Sabherwal, R. (2010). *Knowledge Management systems and processes*. M.E Sharpe: New York.

- Berenzon, S., Lara, M.A., Robles, R., Medina-Mora, M.E. (2013) Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 1(55), 74-80
- Bornbaum, C.C., Kornas, K., Peirson, L. & Rosell, L.C. (2015). Exploring the function and effectiveness of knowledge brokers as facilitators of knowledge translation in health-related settings: a systematic review and thematic analysis. *Implementation Science*, 10, 1-12.
- Calderón, D.Z.C. & Araujo, L. A.J. (2015). Modelo de memoria organizacional para la gestión del conocimiento en las unidades de investigación de la Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela. *Visión Gerencial*, 14 (2), 269-286.
- Carrillo, P.A.P. (2016). Medición de la cultura organizacional. *Ciencias administrativas*, 8(4), 61-73.
- Castillo, P.V.H., Corral, C.M.A., y Aldape, A.A. (2017). Factores organizacionales: su impacto en la estrategia de equipos de trabajo. *Revista global de negocios*, 5(6), 1-18.
- Chang, S.F., Hsieh, P.J., Chen, H.F. (2016). Key successful factors to clinical Knowledge Management systems: comparing physician and hospital manager viewpoints. *Technology and Health Care*, 24, 297-306.
- Chiavenato, I. (2007) (8va.ed). *Administración de recursos humanos, El capital humano de las organizaciones*. McGraw-Will Interamericana; México.
- Contreras, C.F. y Huamani, T.P.L. (2013). *La gestión del conocimiento y políticas públicas*. Universidad María Auxiliadora: Lima, Perú.

- Cresswell, K., & Sheikh, A. (2013). Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review. *International Journal of Medical Informatics*, 82(5), 73–86.
- Cruz, R.R. (2012). La gestión del conocimiento y la innovación en servicios de telecomunicaciones en las empresas de México. *Innovaciones de negocios*, 9(18), 67-384.
- Davenport, T. H. y Prusak, L. (1998). *Working Knowledge: how organisations manage what they know*. Boston: Harvard University Press.
- De Freitas, V., & Yáber, G. (2014). Modelo holístico de sistema de gestión del conocimiento para las instituciones de educación superior. *Enl@ce: Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*, 11(3), 123-154.7
- De Long, D. & Fahey, L. (2000). Diagnosing cultural barriers to knowledge management. *Academy of Management Executive*, 14 (4), 113-127.
- Distefano, M.J., Cataldo, G., Mongelo, M.C., Mesurado, B., y Lamas, M.C. (2018). Conocimiento y uso de tecnologías digitales en psicoterapia entre los psicólogos de Buenos Aires. *Perspectivas en psicología*, 15 (1), 65-74.
- Díaz, C.N. y Macias, L.M.E. (2013). Modelo de Gestión del Conocimiento del Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud. *Humanidades Médicas*, 13(2), 314-329.
- Díaz-Castro, L., Arredondo, A., Pelcastre-Villafuerte, B.E. & Hufty, M. (2017). Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 305-312.

- Duro, M.A. (2006). *Introducción al liderazgo organizacional: teoría y metodología*. Editorial Dykinson: España.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Del Corral, P. y Polo-Rodríguez, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19 (3), 247-256
- Fierro, M.E. y Mercado, S.P. (2011). La gestión del conocimiento y la cultura centrada en el conocimiento en mandos medios y directivos de hospitales públicos del Estado de México. *Investigación Administrativa*, 7-19.
- Fontalvo, H.T.J., Quejada, R., Puello, P.J.G. (2011). La gestión del conocimiento y los procesos de mejoramiento. *Dimensión Empresarial*, 9(1), 80-87.
- Galvis, L.E., y Sánchez, T.J.M. (2014). Revisión Sistemática de Literatura sobre Procesos de Gestión de Conocimiento. *Revista de gerencia tecnológica informática*, 13(37), 44-67.
- Gaspar, C. S. & Frederico-Ferreira, M.M. (2015). Perception of organizational culture and knowledge management in hospitals using different management models. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 4 (5), 75-82.
- Gaspar, C.S., & Frederico, F.M.M. (2016). Knowledge management in Portuguese healthcare institutions. *Revista Brasileira de Emfermagem*, 69(3), 461-468. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690311i>
- Gil-Juárez, A., Vall-Ilovera, M., Feliu, J. (2010). Consumo de TIC y subjetividades emergentes: ¿Problemas nuevos? *Psychosocial Intervention*, 19(1), 19-26.

- Gómez, E.R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, (90), 41-56.
- Gómez, D.D., Pérez de Armas, M., y Curbelo, V.I. (2005). Gestión del conocimiento y su importancia en las organizaciones. *Ingeniería industrial*, 26 (2), 37-46.
- Gómez, R. (2008). El liderazgo empresarial para la innovación tecnológica en las micro, pequeñas y medianas empresas. *Pensamiento y Gestión*, 24, 157-194.
- Gómez, H.M., Rodríguez, M.C. y Guaita, W. (2010). Método de análisis por indicadores para evaluar la gestión del conocimiento en empresas manufactureras. *Revista de Ciencias Sociales*, 16(2), 304-316.
- Gonçalves, G.J.M., Sass de Haro, C., Rastrollo, H.M.A y Mondo, T.S. (2014). La gestión del conocimiento en cadenas hoteleras: una revisión. *Tourism & Management Studies*, 10(2), 146-154.
- Gourova, E., Antonova, A., Todorova, Y. (2009). Knowledge audit concepts, processes and practice. *WSEAS transactions on business and economics*, 6(12), 605-619.
- Guilló, T.J.J., y Fernández, G.M. (2009). Dimensiones de la gestión del conocimiento y de la gestión de la calidad: una revisión de la literatura. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la empresa*, 15(3), 139-152.
- Heinze, G., Chapa, G.C., Carmona-Huerta, J. (2016). Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. *Salud mental*, 39(2), 69-76.
- Hernández, V.F. (2016). *La gestión del conocimiento en las organizaciones*. Alfaomega: Buenos Aires, Argentina.

Hui-Chuan, C.C., Cates, T. (2018). The Role of Information Technology Capability and Innovative Capability: An Empirical Analysis of Knowledge Management in Healthcare. *International Management Review*, 14(1), 5-16.

Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (2018). Consultado el día 30 de abril de 2019 en: <http://om.bajacalifornia.gob.mx/sasip/frmDescargaDocumento.aspx?id=1297>

Kakabadse, N.K., Kakabadse, A., & Kouzmin, A. (2003). Reviewing the knowledge management literature: towards a taxonomy. *Journal of Knowledge Management*, 4(7), 75-91. DOI: <https://doi.org/10.1108/13673270310492967>

Karamitri, I., Talias, M.A. y Bellali, T. (2015). Knowledge management practices in healthcare settings: a systematic review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 32, 4-18.

Kim, M.O., Coeira, E., & Magrabi, F. (2017). Problems with health information technology and their effects on care delivery and patient outcomes: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 24 (2), 246-250.

Licera, G. S. (2016). La gestión de los activos intangibles. *Repositorio de la Universidad Nacional de Villa María*, 1-24.

López, F. y Gutiérrez, H. (2015). La gestión del conocimiento: modelos de comprensión y definiciones. *Colección Académica de Ciencias Estratégicas*, 2(2), 84-110.

Lovera, A.M.I. (2009). La organización creadora de conocimiento: una perspectiva teórica. *Revista Omnia*, 15(2), 178-193.,

- Lussier, R.N., & Achua, C.F. (4ta Ed) (2011). *Liderazgo: Teoría, aplicación y desarrollo de habilidades*. México: Cengage Learning.
- Macías-Chapula, C.A. (2009). Gestión del conocimiento en el área de salud. *Revista de Evidencia e Investigación clínica*, 1(2), 31-35.
- Mair, F.S., May, C., O'Donnell, C., Finch, T., Sullivan, F., & Murray, E. (2012). Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 357-364.
- Malpica, R., Rossell, R. & Hoffmann, I. (2014). Equipos de trabajo de alto desempeño. *Observatorio laboral revista venezolana*, 14(7), 69-83.
- Marín, I.D.A., y Losada, C.L.A. (2015). Estructura oragnizacional y relaciones interorganizacionales: análisis en instituciones prestadoras de Servicios de Salud públicas de Colombia. *Estudios Gerenciales*, 31, 88-99.
- Martínez, K. I. M., Pacheco, T. A. Y., Echeverría, L.V.S, & Medina, M.M.E (2016). Barreras en la transferencia de la tecnología: Un estudio cualitativo de las intervenciones breves y los centros de atención a las adicciones. *Salud Mental*, 39(5), 257–265
- Martínez-Taboas, A. (2014). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33 (2), 63-78.
- McAdam, R. y McCreedy, S. (1999). A critical review of knowledge management models. *The Learning Organization*, 6(3):91-100.

- McCullough, J.S., Casey, M., Moscovice, I. Prasad, S. (2010). The Effect Of Health Information Technology On Quality In U.S. Hospitals. *HEALTH AFFAIRS*, 29 (4), 647–654
- McEvoy, P. Ragab, M. & Arisha, A. (2017). Review on the KM Applications in Public Organisations. *The Electronic Journal of Knowledge Management*, 15(1), 37-48.
- Medina, J., De la Garza, M. y Jiménez, K. (2011). Competencia empresarial con el uso de la información y tecnología. *Investigación Administrativa*, 40 (108), 7-17.
- Medina, M, M.E., Sarti, G. E.J., Real, Q, T. (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. México: Intersistemas.
- Mohamed, A.F. & Amr, A. (2013). Knowledge management and measurement: a critical review. *Journal of Knowledge Management*, 7(17), 873-901.
- Mul, E.J. (2014). *Gestión del conocimiento y factores internos que la influyen en empresas con actividades de innovación en Yucatán* (tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de Yucatán: Yucatán, México.
- Naldöken, Ü., Tengilimoğlu, D. (2017). A field study on determining the effects of organizational climate in terms of social interaction on knowledge management at health organizations. *Journal of Economics and Management*, 29(3), 75-101.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge Creating Company*. Oxford University Press: Nueva York, EE.UU.
- Naranjo, R., Pérez, A. y Roque, Y. (2009). La cultura organizacional: algunas reflexiones a la luz de los nuevos retos. *Tecnología en Marcha*, 22(3), 56-64.

- Núñez, I.C.P. y Molano, V.J.H. (2012) Identificación y propuesta de mejoramiento de la gestión del conocimiento en el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial (CEDEAGRO) Sena-Regional Boyacá. *Revista EAN*, (73), 26-43.
- Ortiz, S.N., Vázquez, L.M., González, Z.M., Álvarez, A.M y Rodríguez, G.D.A. (2016). Desarrollo local, gestión del conocimiento y salud en Colón. *MediSur*, 14(2), 224-231.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=B0A49442045DC1E3F830CF8043B947A7?sequence=1
- Palomo, V.M.T. (8va Ed) (2013). *Liderazgo y motivación de equipos de trabajo*. España: ESIC Editorial.
- Pereira, A.H. (2011). Implementación de la Gestión del Conocimiento en la empresa. *Éxito empresarial*, 135, 1-6.
- Pria, B.M.C., y Noriega, B.V.M. (2011). Instrumento para evaluar el clima organizacional en los grupos de control de vectores. *Revista cubana de salud pública*, 37(2), 116-122.
- Polanyi, M. (1966). *The Tacit Dimension*. New York: Doubleday.
- Rodríguez, A. (2006), Un modelo integral para evaluar el impacto de la transferencia de conocimiento interorganizacional en el desempeño de la firma. *Estudios gerenciales*. 95, 37-50.

- Rodríguez-Ponce, E., Delgado, L., Rodríguez-Ponce, J. (2010). Gestión del conocimiento, liderazgo, diseño e implementación de la estrategia: un estudio empírico en pequeñas y medianas empresas. *Ingeniare Revista Chilena de Ingeniería*, 18(3), 373-382.
- Rohajawati, S., Sensuse, I.D., Giri, S.Y., Murni, A.A. (2016). Mental health knowledge management: critical success factors and strategy of implementation. *Journal of Knowledge Management*, 5 (20), 980-1003.
- Sanabria, A., & Castañeda, M. (2016). Trabajo en equipo o equipo de trabajo: ¿es posible en el sistema de salud colombiano? *Revista colombiana de cirugía*, 31, 98-102.
- Santillan de la Peña, M. (2010). *Gestión del Conocimiento: el modelo de gestión de empresas del siglo XXI*. Netbiblio. Madrid.
- Segredo, P.A.M., Rigñack, R.L., García, N.R.M., Perdomo, V.I., León, C.P & García, M.A.J. (2015). Evaluación del clima organizacional en instituciones docentes de la universidad de ciencias médicas de la habana. *Educación médica superior*, 29(3), 532-542.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz & Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). Encuesta Nacional de Adicciones 2016-2017: Reporte de Drogas. México, DF: INPRFM.
- Shahmoradi, L., Safadari, R. & Jimma, W. (2017). Knowledge Management Implementation and the Tools Utilized in Healthcare for Evidence-Based Decision Making: A Systematic Review. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 27(5), 541-558. Doi: <http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v27i5.13>

- Sheng, M.L., Chang, S.Y., Teo, T., & Lin, Y.F. (2013). Knowledge barriers, knowledge transfer, and innovation competitive advantage in healthcare settings. *Management Decision*, 51(3), 461-678. DOI: <https://doi.org/10.1108/00251741311309607>
- Stumberg. P.J. (2017). Knowledge Translation in Healthcare – Towards Understanding its True Complexities: Comment on “Using complexity and network concepts to inform healthcare knowledge translation”. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(5), 455–458.
- Syed-Ikhsan, S.O. and Rowland, F. (2004) Knowledge Management in a Public Organization: A Study on the Relationship between Organizational Elements and the Performance of Knowledge Transfer. *Journal of Knowledge Management*, 8, 95-111.
- Sylla, H.A., Robinson, T.E., Raney, L. & Seck, K. (2012). Qualitative Study of Health Information needs, flow, and Use in Senegal. *Journal of Health Communication*. 17, 46-63.
- Tang, H. (2017). A Study of the Effect of Knowledge Management on Organizational Culture and Organizational Effectiveness in Medicine and Health Sciences. *EURASIA Journal of Mathematics Science and Technology Education*, 13(6), 1831-1845.
- Tello, E. (2007). Las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) y la brecha digital: su impacto en la sociedad de México. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento (RUSC)*, 4 (2).

- Torrelles, C., Coiduras, J., Isus, S., Carrera, F.X., Paris, G., Cela, J.M. (2011). Competencia de trabajo en equipo: definición y categorización. *Revista de curriculum y formación de profesorado*, 15(3), 329-344
- Vargas, C.E., Mendoza, G.A., Martínez, M.K.I., Lira, M.J., Oropeza, T.R., y Tiburcio, S.M.A. (2016). Transferencia Tecnológica en Psicología: el caso de los Centros de Atención Primaria de Adicciones del Estado de Baja California. *Revista UARICHA*, 13 (30), 124-148.
- Vargas, C.E. (2016). *Transferencia Tecnológica en el ámbito de la psicología: el caso de los Centros de Atención Primaria a las Adicciones del estado de Baja California* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Aguascalientes: Aguascalientes, México.
- Vázquez, A.G., Guerrero, H.J.F., y Núñez, M.T.E. (2014). Gestión de conocimiento, capital intelectual y competitividad en pymes manufactureras en México. *Retos*, 4(7), 31-43.
- Wanden, B.C., Sabucedo, L., Martínez de Victoria, I. (2011). Investigación virtual en salud: las tecnologías de la información y la comunicación como factor revolucionador en el modo de hacer ciencia. *Salud colectiva*, 7(1), 529-538.
- Wilches-Flores, O.C. y Wilches-Flores, A.M. (2017). Posibilidades y limitaciones en el desarrollo humano desde la influencia de las tecnologías de la información y la comunicación en la salud: el caso latinoamericano. *Persona y bioética*, 21 (1), 114-133. DOI: 10.5294/pebi.2017.21.1.8

- Zainab, A.A.S., Abdullah, M.R., & Norashikin, A. (2014). The Role of Information Technology to Support Knowledge Management Processes in Higher Education of Malaysian Private Universities. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 4(10), 1-12.
- Zerbo, O., Massolo, M., Qian, Y., & Croen, L.A. (2015). A Study of Physician Knowledge and Experience with Autism in Adults in a Large Integrated Healthcare System. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 4002-4012.
- Zych, I., Buela, G., Sierra, J.C., & Gómez, R.S. (2012). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales de Psicología*, 28(1), 11-18.

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA ENCUESTA SOBRE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LOS FACTORES ORGANIZACIONALES ASOCIADOS.

Estimado participante:

La siguiente encuesta tiene como objetivo conocer cómo es que los factores organizacionales como las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's), el liderazgo y la cultura organizacional influyen en la gestión del conocimiento dentro de las organizaciones dedicadas a brindar servicios de salud.

La información que se recabe será CONFIDENCIAL y será utilizada únicamente con fines académicos. No hay respuestas correctas o incorrectas ni está obligado a contestar todas las preguntas, sin embargo, le pedimos que nos apoye respondiendo de la manera más honesta posible.

Le agradecemos de antemano brindarnos su apoyo y colaborar con nosotros.

1. Centro de trabajo: _____

2. Municipio: _____

3. Edad:

20-25 años 26-30 años 31-35 años 36-40 años 41-45 años

46 o más

4. Sexo:

Hombre Mujer

5. Antigüedad en la organización:

0-1 año 2-4 años 5-7 años 8-10 años 11-13 años

14 años o más

6. Puesto que desempeña: _____

7. Antigüedad en el puesto:

0-1 año 2-4 años 5-7 años 8-10 años 11-13 años

14 años o más

8. Señale las principales funciones que realiza en su jornada de trabajo. Puede marcar más de una opción.

- Prevención Detección (Tamizaje) Intervención y/o tratamiento individual
 Intervención y/o tratamiento grupal Certificación y supervisión de escuelas
 Actividades administrativas Orientación a padres de familia
 Orientación a terapeutas Otra: _____

9. Tipo de contratación

- Federal Estatal Otra

10. Último grado de estudios

- Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado

11. ¿De qué manera la organización evalúa los resultados de su trabajo? Puede marcar más de una opción.

- Cumplimiento de los indicadores o metas de la institución
 Examen escrito/oral
 Observación directa y retroalimentación a las intervenciones.
 No se evalúan los resultados
 Otra

12. En los últimos dos años ¿Cuántas capacitaciones (cursos, talleres, diplomados, congresos) ha recibido? _____

13. ¿Cuáles son algunas de las temáticas de las capacitaciones que ha recibido? _____

14. La mayoría de las capacitaciones que ha recibido le han parecido:

- Excelentes Buenas Regulares Malas No he recibido capacitación

15. Señale la información que considera que es indispensable tener disponible para cumplir con éxito su trabajo (marque las opciones que sean necesarias)

- Expediente clínico del paciente Resultados de pruebas o cuestionarios
 Funciones de puesto de trabajo Otra: _____

16. Seleccione las herramientas que utiliza para realizar las siguientes actividades:

Atención a pacientes

- Redes sociales (FB, Whatsapp) Correo electrónico
 Buscadores (Google, Bing) Plataformas institucionales

Compartir información con otros profesionales de la salud

- Redes sociales (FB, Whatsapp) Correo electrónico
 Buscadores (Google, Bing) Plataformas institucionales

Búsqueda de información.

- Redes sociales (FB, Whatsapp) Correo electrónico
 Buscadores (Google, Bing) Plataformas institucionales

Almacenamiento de la información del paciente.

- Redes sociales (FB, Whatsapp) Correo electrónico
 Buscadores (Google, Bing) Plataformas institucionales

Comunicación con compañeros de trabajo.

- Redes sociales (FB, Whatsapp) Correo electrónico
 Buscadores (Google, Bing) Plataformas institucionales

17. ¿En qué nivel considera que se encuentra según su dominio de conocimiento en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)?

- Muy Bajo (0-25%) Bajo (25%-50%) Intermedio (50%-75%)
 Alto (75% o más)

CUESTIONARIO LIKERT (ENCUESTA)

Instrucciones: Señale el número que refleje la situación actual en su organización en cada una de las preguntas de acuerdo con la escala que se presenta a continuación:

Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
0	1	2	3

ADQUISICIÓN	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
1. Participa en cursos y capacitaciones externas para adquirir conocimientos para el puesto que desempeña.	0	1	2	3
2. Los cursos, talleres y capacitaciones en las que participa ayudan a enriquecer sus conocimientos.	0	1	2	3
3. En la organización se adquieren libros, manuales y revistas especializadas que le aportan nuevos conocimientos.	0	1	2	3
4. La organización toma en cuenta el contexto externo para identificar sus necesidades y las de sus compañeros.	0	1	2	3
5. La organización toma en cuenta el entorno (pacientes, resultados de intervenciones) para identificar las necesidades en la adquisición de nuevos conocimientos.	0	1	2	3
6. La organización se preocupa por conocer las opiniones, sugerencias, necesidades y quejas de los usuarios.	0	1	2	3
7. La organización permite la asistencia a cursos, seminarios y/o congresos para adquirir y reforzar el conocimiento.	0	1	2	3
8. La organización se encarga de realizar y organizar cursos, seminarios y/o congresos para adquirir y reforzar sus conocimientos.	0	1	2	3
9. Como colaborador, invierte dinero propio en actividades como	0	1	2	3

cursos o talleres para obtener nuevos conocimientos.				
10. Se genera nuevo conocimiento a partir de la identificación de las necesidades de los compañeros de trabajo y de los usuarios.	0	1	2	3
11. La organización considera valiosos los conocimientos que son adquiridos mediante la experiencia clínica en el entorno.	0	1	2	3
12. Existen alianzas y redes de colaboración externas con otras instituciones gubernamentales y/o educativas para adquirir nuevos conocimientos.	0	1	2	3
13. Se contrata a personal capacitado y especializado para trabajar en la organización.	0	1	2	3
14. Es posible participar en equipos de trabajo en donde se construyan ideas o nuevas formas de realizar el trabajo.	0	1	2	3

ALMACENAMIENTO	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
15. Se elaboran reportes e informes sobre los procesos y las mejores prácticas administrativas y clínicas.	0	1	2	3
16. Para desempeñar adecuadamente su trabajo, la organización pone a disposición de todos los colaboradores (empleados), las bases de datos (p.e. expedientes electrónicos) y archivos en papel (p.e. expedientes físicos).	0	1	2	3
17. En la organización se utilizan y almacenan en medios electrónicos (bases de datos) información relevante para la institución.	0	1	2	3
18. En la organización se actualizan las bases de datos (p.e. expedientes electrónicos de los pacientes)	0	1	2	3
19. Las experiencias y lecciones aprendidas (incluyendo los errores) se documentan.	0	1	2	3

20. Se dispone de bases de datos que permiten el almacenamiento de las experiencias clínicas para utilizarse posteriormente.	0	1	2	3
21. Los procedimientos de la organización se documentan en protocolos o manuales.	0	1	2	3
22. Se obtiene información importante para el desempeño de las actividades de trabajo a través de manuales bien elaborados y actualizados.	0	1	2	3
23. Para brindar retroalimentaciones al trabajo de los colaboradores, la organización documenta información relacionada con su desempeño diario.	0	1	2	3

TRANSFERENCIA	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
24. Se difunden boletines internos para compartir información relevante para la organización.	0	1	2	3
25. Se le brinda importancia a la consolidación de proyectos con equipos interdisciplinarios con el propósito de compartir experiencias y conocimiento.	0	1	2	3
26. La organización fomenta el uso de foros, videoconferencias, entre otros, para que los colaboradores compartan sus experiencias.	0	1	2	3
27. Las reglas, procedimientos y procesos internos se difunden en la organización.	0	1	2	3
28. Existen mecanismos formales (p.e. reportes mensuales) que permiten el intercambio de las mejores prácticas entre las áreas o departamentos.	0	1	2	3
29. Se entrena a los colaboradores por medio de la observación de las actividades o intervenciones que realizan los colaboradores con mayor experiencia dentro de la organización.	0	1	2	3
30. Los colaboradores expertos de la organización actúan como asesores con el personal con menos experiencia.	0	1	2	3

31. Se imparten cursos de inducción para que el personal conozca el lugar de trabajo, a sus compañeros, así como todo lo relacionado con su puesto.	0	1	2	3
32. La organización le invita y motiva para que comparta nuevos conocimientos e ideas con sus superiores.	0	1	2	3
33. Se realiza entrenamiento o capacitaciones formales con cursos proporcionados por el personal experto de la misma organización.	0	1	2	3
34. El diálogo formal y el intercambio de ideas en todos los niveles de la organización es una práctica establecida.	0	1	2	3
35. Se establece contacto con los desarrolladores de los manuales de intervención para compartir hallazgos detectados en la práctica clínica.	0	1	2	3
36. La organización fomenta charlas, conferencias o comunidades que permitan la práctica entre los colaboradores para compartir conocimientos e ideas.	0	1	2	3

APLICACIÓN	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
37. El conocimiento y las habilidades adquiridas durante las capacitaciones externas (cursos, talleres, congresos) es implementado posteriormente.	0	1	2	3
38. Se tienen reuniones para retroalimentar a los colaboradores sobre los resultados de su desempeño (p.e. intervenciones clínicas).	0	1	2	3
39. El conocimiento adquirido durante las capacitaciones (cursos, talleres, congresos) le parece de calidad (entendible, pertinente y efectivo) para ser aplicado posteriormente.	0	1	2	3
40. Se utilizan las lecciones aprendidas y lo que ha brindado mejores resultados para su implementación y aplicación en el trabajo.	0	1	2	3
41. El conocimiento al que se tiene acceso en la organización es útil para	0	1	2	3

desempeñar adecuadamente las actividades de su trabajo.				
42. El conocimiento de los colaboradores es tomado en cuenta para la toma de decisiones respecto al conocimiento que se aplica.	0	1	2	3
43. El conocimiento adquirido durante la experiencia clínica de los colaboradores es tomado en cuenta para tomar decisiones en la organización.	0	1	2	3

→ **Estamos a la mitad de la encuesta**

CULTURA ORGANIZACIONAL	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
44. Los conflictos se comentan abiertamente y se busca una solución.	0	1	2	3
45. Los colaboradores pueden comunicarse fácilmente con los mandos superiores (directivos y coordinadores) y son escuchados.	0	1	2	3
46. Las decisiones estratégicas son rápidamente transmitidas a los colaboradores de la organización.	0	1	2	3
47. La organización valora las redes de comunicación entre compañeros de trabajo.	0	1	2	3
48. La estrategia, los objetivos y metas se comunican a todos los colaboradores.	0	1	2	3
49. La misión y los valores se comunican a los colaboradores en la organización.	0	1	2	3
50. Las normas y reglas de la organización son comunicados a todos los colaboradores en la organización.	0	1	2	3
51. En la organización existe confianza entre los colaboradores para compartir sus ideas y conocimientos.	0	1	2	3
52. La organización fomenta el intercambio de conocimientos y el aprendizaje mediante grupos de trabajo.	0	1	2	3

53. En la organización se trabaja en equipo.				
54. Los equipos de trabajo en la organización están compuestos por personas capaces de aprender entre ellos.	0	1	2	3
55. Los equipos de trabajo en la organización son eficientes.	0	1	2	3
56. Los colaboradores son reconocidos por compartir sus conocimientos y experiencias con los miembros de su equipo.	0	1	2	3
57. Se toma en cuenta la participación de los colaboradores en la solución de problemas y/o en el proceso de toma de decisiones.	0	1	2	3
58. En la organización hay participación y disposición por parte de los colaboradores para ayudar cuando se les solicita.	0	1	2	3
59. Los colaboradores están motivados y comprometidos con los valores de la organización.	0	1	2	3
60. Existe claridad en las actividades de cada puesto de trabajo.	0	1	2	3
61. La estrategia, los objetivos y metas están claramente definidos en la organización.	0	1	2	3
62. La misión y los valores se encuentran claros en la organización.	0	1	2	3
63. Las normas y reglas de la organización se encuentran establecidas con claridad.	0	1	2	3
64. Para la organización es esencial que los colaboradores reconozcan las tareas que deben realizar de acuerdo con su puesto.	0	1	2	3
65. La estructura organizacional puede ser flexible si se trata de conseguir mejores resultados (mejora continua)	0	1	2	3

LIDERAZGO	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
66. La visión de las autoridades es compartida y seguida con entusiasmo por los colaboradores de la organización.	0	1	2	3
67. La misión y la visión para el logro de objetivos de la organización es compartida entre los directivos y los colaboradores.	0	1	2	3
68. Los objetivos propuestos por las autoridades son compartidos y se siguen con entusiasmo por los colaboradores.	0	1	2	3
69. Los colaboradores comparten y aceptan con entusiasmo el papel que les corresponde desempeñar en la organización.	0	1	2	3
70. Los colaboradores comprenden y están de acuerdo con la forma en que se conducen los directivos en la organización.	0	1	2	3
71. Los directivos promueven procesos de negociación individuales y colectivos con su equipo de trabajo.	0	1	2	3
72. Las recompensas por el desempeño del colaborador alientan a los colaboradores para el logro de metas.	0	1	2	3
73. El sistema de recompensas utilizado por la organización es comprendido y aceptado por los colaboradores.	0	1	2	3

TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN TC	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
74. Se cuenta con herramientas tecnológicas (equipos de computación) que permitan el desarrollo de las actividades de trabajo.	0	1	2	3
75. Se recibe entrenamiento o capacitaciones para utilizar adecuadamente las tecnologías de la información y la comunicación (TIC'S)	0	1	2	3
76. Las TIC's son necesarias para el desarrollo de las actividades diarias en la organización.	0	1	2	3
77. La organización utiliza las TIC's para facilitar que se compartan conocimientos a través de conferencias o cursos de capacitación en línea.	0	1	2	3
78. Las TIC's se usan para consultar bases de datos (p.e. expedientes electrónicos) actividades y procesos de la organización.	0	1	2	3
79. Se tiene acceso a las TIC's desde sus puestos de trabajo para el desempeño de sus actividades.	0	1	2	3
80. Las TIC's disponibles son de fácil acceso para quienes requieren de su utilización.	0	1	2	3
81. Las herramientas tecnológicas disponibles en la organización son eficientes.	0	1	2	3

ANEXO 2

GUÍA TEMÁTICA PARA ENTREVISTA

Tema	Subtema	Componentes
Gestión del conocimiento	Adquirir conocimiento Pregunta eje: ¿Cómo se adquiere el conocimiento en los CAPA?	Mecanismos de: - adquisición de conocimiento (Capacitaciones, contratación). - Detección de necesidades de adquisición (usuarios, terapeutas)
	Almacenar conocimiento Pregunta eje: ¿Cómo se almacena el conocimiento en los CAPA?	Mecanismos de: -Almacenamiento - documentación clínica (experiencia) - Documentación en manuales
	Transferir conocimiento Pregunta eje: ¿Cómo se disemina el conocimiento en los CAPA?	Mecanismos de: -Transferencia entre compañeros - Transferencia entre autoridades.
	Aplicar conocimiento Pregunta eje: ¿Cómo se decide qué debe aplicarse?	Mecanismos de: -toma de decisiones -Implementación de prácticas - Retroalimentación.
Cultura organizacional	Comunicación Pregunta eje: ¿Cómo se comunican entre terapeutas y autoridades?	Mecanismos de: -Comunicación entre terapeutas. -Comunicación con las autoridades. -Conocimiento de filosofía organizacional.
	Trabajo en equipo Pregunta eje: ¿El trabajo en equipo es esencial para la organización?	-Posibilidad de trabajo en equipo. - Aprendizaje entre pares. - Participación del terapeuta.
	Estructura organizacional Pregunta Eje: ¿Existe claridad en la estructura de trabajo?	-Claridad en puestos de trabajo y actividades. -Flexibilidad estructural.
Liderazgo	Transaccional y transformacional ¿Qué tipo de liderazgo es mayormente utilizado?	-Mecanismos de recompensa y negociación -Seguimiento de la visión del líder.
Tecnologías de la información y la comunicación	Uso y disponibilidad Pregunta eje: ¿Cuál es el papel de las TIC en los CAPA?	-Tipos de herramientas tecnológicas disponibles. -Frecuencia de uso. - Utilidad de herramientas.