



Burnout y engagement: un análisis desde los turnos laborales en personal asistencial

Burnout and Engagement: an analysis from work shifts in assistance personnel

LUIS CARLOS TREJOS GÓMEZ

Universidad Católica de Pereira, Colombia

<https://orcid.org/0000-0002-1401-6607>

ELIANA YULIETH QUIROZ GONZÁLEZ^A

Universidad Católica de Pereira, Colombia

<https://orcid.org/0000-0001-9061-8864>

ESTHER JULIA CASTAÑO GONZÁLEZ

Universidad Católica de Pereira, Colombia

<https://orcid.org/0000-0003-3240-896X>

Recibido: 2 agosto 2021 • Aceptado: 8 noviembre 2021 • Publicado: 29 noviembre 2021

Cómo citar este artículo: Trejos Gómez, L.C., Quiroz González, E.Y. y Castaño González, E.J. (2021). Burnout y engagement: un análisis desde los turnos laborales en personal asistencial. *Psicoespacios*, 15(27). <https://doi.org/10.25057/21452776.1416>

^AAutor de correspondencia: eliana.quiroz@ucp.edu.co

Resumen

El objetivo de esta investigación es analizar las diferencias del *burnout* y el *engagement* en función de los turnos laborales en el personal asistencial de una institución de salud oncológica. Con el fin de recolectar los datos se utiliza una ficha sociodemográfica para determinar el tipo de turno en que laboran los trabajadores, el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey y el Utrecht Work Engagement Scale-9. La investigación tiene un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental. La muestra está conformada por 56 participantes ($M = 44$, $H = 12$). Se hacen análisis estadísticos a través del SPSS v.20, estimando medidas descriptivas y se comprueban los supuestos de normalidad K-S ($p < 0,05$), indicando que el comportamiento de los datos no tiene una distribución normal. Por consiguiente, se lleva a cabo un análisis no paramétrico con el estadístico de Kruskal-Wallis. Los resultados indican que no hay diferencias significativas en el *burnout* según el turno laboral; no obstante, sí se encuentran diferencias en la dimensión de absorción, $X^2 = 10,5$, $p = 0,032$, siendo el puntaje más

alto el obtenido por el turno diurno combinado ($Me = 16,2$) y el más bajo el mixto por semanas ($Me = 11,5$). Estos resultados señalan posibles vías de investigación e intervención alrededor de las variables sociodemográficas y contextuales que pueden tener implicaciones en el *burnout* y el *engagement*.

Palabras clave: absorción, estrés laboral, personal de salud, salud mental.

Abstract

The objective of this research is to analyze the differences between burnout and engagement according to work shifts in the healthcare personnel of an oncological health institution. To collect data, a sociodemographic questionnaire is used to determine the type of shift in which the employees work, the Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey and the Utrecht Work Engagement Scale-9. The research has a quantitative approach and a non-experimental design. The sample is made up of 56 participants ($M = 44$, $H = 12$). Statistical analyzes are performed through SPSS v.20, estimating descriptive measures and the assumptions of normality K-S ($p < 0,05$) are verified, indicating that the behavior of the data does not have a normal distribution. Therefore, a non-parametric analysis is performed with the Kruskal-Wallis statistic. The results indicate that there are no significant differences in burnout according to the type of work shift; however, there are differences in the absorption dimension, $X^2 = 10,5$, $p = 0,032$, the highest score being the one obtained by the combined day shift ($Me = 16,2$) and the lowest was the mixed shift for weeks ($Me = 11,5$). These results indicate possible avenues of research and intervention around sociodemographic and contextual variables that may have implications for burnout and engagement.

Keywords: absorption, job stress, healthcare personnel, mental health.

Introducción

Para que las organizaciones sean competitivas deben trabajar en la cultura del bienestar laboral (Quiroz-González et al., 2020a; Salanova et al., 2019) y, en este sentido, identificar los beneficios de la salud ocupacional (Alatalo et al., 2018), prevenir los riesgos psicosociales y fomentar los estados motivacionales (Salanova et al., 2019).

Por lo anterior es importante dirigir los esfuerzos a la comprensión de los fenómenos psicológicos que generan daño en los trabajadores, como el síndrome de *burnout*, pero también en los estados que favorecen la adaptación al cambio, el desarrollo de habilidades, virtudes y recursos, como el *engagement*, que, en conjunto con otras variables positivas, facilitan la consolidación de organizaciones saludables (Salanova et al., 2016; 2019).

En este sentido, las políticas empresariales deben estar alineadas con las prácticas organizacionales (Salanova Soria y Schaufeli,

2004) que contemplen los aspectos ligados a las condiciones laborales, entre las que cobran relevancia los turnos laborales. Específicamente, en las organizaciones prestadoras de servicios de salud esta condición es fundamental, dado que algunos trabajadores deben estar en funcionamiento las veinticuatro horas del día, lo cual puede traer afectaciones en la salud física y mental (Alferez Cruz y Matta Ospina, 2013; Feo Ardila, 2007).

Síndrome de *burnout*

El *burnout* es un problema cada vez más frecuente (De la Fuente-Solana et al. 2021), definido como un síndrome “de agotamiento emocional y cinismo que ocurre frecuentemente entre individuos que hacen algún tipo de trabajo [...] como sus recursos emocionales son agotados, los trabajadores sienten que ya no son capaces de dar más de sí mismos a nivel psicológico” (Maslach y Jackson, 1986, p. 1-2). Este síndrome afecta

el trabajo, el círculo social y el rol ocupacional (Gil-Monte, 2005), ocasionando una crisis en la autoeficacia profesional (Llorens et al., 2005).

El *burnout* se compone de tres dimensiones: 1) agotamiento emocional, que hace referencia a la sensación de pérdida de energía, 2) despersonalización, definida como el desarrollo de actitudes negativas entre las que destaca el cinismo, y 3) falta de realización personal, que se caracteriza por un daño en la competencia laboral y personal que afecta el logro de los objetivos (Maslach et al., 2001).

En el sector salud se han llevado a cabo varios estudios sobre esta temática. Por ejemplo, una revisión sistemática encontró que el 26 % del personal de enfermería tenía *burnout* (Adriaenssens et al., 2015). Un reporte reciente halló que el 38,6 % del personal de enfermería del área de pediatría de una institución de salud de España está afectado por el *burnout* (De la Fuente-Solana et al., 2021). En Brasil se identificaron altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y bajos niveles de realización personal, al resultar un 42,6 % de los médicos de cuidados intensivos con este síndrome (Dos Santos Barros et al., 2016).

En Colombia se reportó una prevalencia del *burnout* del 45,4 % en médicos especialistas (Gutiérrez Segura et al., 2008) y del 49,7 % en personal asistencial (Quiroz-González y Loaiza Gutiérrez, 2016). En profesionales de la salud, las altas demandas emocionales, el volumen, la presión del trabajo, la inestabilidad laboral y el insuficiente reconocimiento salarial influyen en la aparición de este síndrome (Gómez-Salgado et al., 2019).

Engagement

El opuesto teórico del *burnout* es el *engagement*, (Salanova et al., 2005). Por un lado, el *burnout* está asociado al agotamiento y a la baja energía (Juárez García, 2015); por el otro lado, el *engagement* implica el vigor para

que una persona pueda desempeñarse y sentirse bien en su trabajo. Así, el trabajador con *burnout* percibe su trabajo como estresante, mientras que con el *engaged* encuentra su trabajo retador, se apasiona con la tarea y experimenta una sensación de realización (Salanova y Schaufeli, 2009).

Las dimensiones de ambos constructos se relacionan de manera negativa (Manzano, 2002; Martínez-Alvarado et al., 2016; Quiroz González et al., 2020b), especialmente en las dimensiones de vigor-agotamiento emocional y dedicación-cinismo/despersonalización (Schaufeli y Bakker, 2003). Aunque estos dos fenómenos son opuestos teóricos, empíricamente no ocurre lo mismo, dado que la ausencia de *burnout* no garantiza la presencia del *engagement*; por ejemplo, la absorción y la dedicación se pueden presentar de manera simultánea con el agotamiento (Juárez García, 2015).

En este orden de ideas, el *engagement* es “un estado productivo y realizador, que se define en términos de las mismas tres dimensiones que el *burnout*, pero dirigidas a un fin positivo de dichas dimensiones en lugar de a lo negativo” (Maslach y Leiter, 2007, p. 369). El *engagement* está compuesto por tres dimensiones: (1) el vigor, caracterizado por el esfuerzo en el trabajo y la persistencia ante la adversidad, (2) la dedicación, que radica en estar involucrado en el trabajo, así como en experimentar una sensación de entusiasmo, inspiración, orgullo, desafío y significado, y (3) la absorción, que se refiere a un estado de concentración e inmersión en el trabajo, de forma que el tiempo pasa rápidamente (Kubota et al., 2011; Schaufeli y Bakker, 2003).

Los trabajadores *engaged* tienen mayor iniciativa personal (Lisbona et al., 2009), proponen acciones de mejora (Lorente y Vera, 2010), logran mayor lealtad y satisfacción del cliente; poseen mejor rendimiento laboral (Harter et al., 2002), tienen mejores resultados financieros (Xanthopoulou et al.,

2009) y enfrentan mejor sus retos laborales (Hernández y Oramas, 2016).

Esta es una variable estratégica en la gestión del talento humano (Salanova et al., 2019), pues se relaciona con el bienestar físico y mental (Kahn, 1990), además de otorgar diferentes beneficios a los trabajadores y a las organizaciones (Soares y Mosquera, 2019); esto precisamente ha impulsado el estudio del *engagement* en diferentes sectores empresariales (Bakker y Albrecht, 2018).

Estudios anteriores reportan niveles medios y altos de *engagement* en profesionales asistenciales (Fernández Merino y Yáñez Gallardo, 2014; Sanclemente Vinué et al., 2017). Tras una revisión bibliográfica se encontró que el *engagement* influye en el desempeño laboral y, por ende, tiene un impacto en la calidad del trabajo en personal de enfermería (García-Sierra et al., 2016).

En el personal de la salud el *engagement* se ha correlacionado de manera negativa con el estrés (Fontes et al., 2019) y el síndrome *burnout* (Marti et al., 2019) y de forma positiva con la autoeficacia (Hernández y Oramas, 2016) y con el vínculo afectivo hacia la organización (Orgambídez et al., 2019). También se ha reportado que los trabajadores que perciben apoyo orientado a prácticas de gestión en contextos de incertidumbre pueden, por un lado, incrementar el *engagement*, y, por el otro, reducir los niveles de *burnout* (Acuña-Hormazabal et al. 2021).

Tanto el *burnout* como el *engagement* pueden ser explicados desde la *teoría de demandas y recursos laborales*; así, excesivas demandas y pocos recursos conducen al *burnout* (Bakker, 2013), mientras que recursos como el apoyo social, el *feedback*, la autonomía, la diversidad de tareas, la posibilidad de desarrollo personal y la autoeficacia se constituyen en recursos facilitadores del *engagement* (Salanova et al., 2019; Salanova Soria y Schaufeli, 2004).

Turnos laborales

El Código Sustantivo del Trabajo (Ministerio de Gobierno, 1950), específicamente el aparte de trabajo por turnos establece lo siguiente:

Cuando la naturaleza de la labor no exija actividad continuada y se lleve a cabo por turnos de trabajadores, la duración de la jornada puede ampliarse en más de ocho (8) horas, o en más de cuarenta y ocho (48) semanales, siempre que el promedio de las horas de trabajo calculado para un período que no exceda de tres (3) semanas, no pase de ocho (8) horas diarias ni de cuarenta y ocho (48) a la semana. Esta ampliación no constituye trabajo suplementario o de horas extras (Ministerio de Gobierno, 1950, Decreto Ley 3743, art. 165).

La normatividad en casos como el de los turnos laborales es vital, ya que los horarios laborales inciden de manera importante en los trabajadores; estos pueden afectar su salud física y mental, su calidad de vida e, incluso, su estabilidad familiar, “en especial, si son nocturnos o rotativos” (Pérez Rodríguez et al., 2017, p. 165). Entonces, la cantidad de tiempo que una persona destina a su trabajo puede definir su bienestar, por lo que se requiere tiempo de recuperación y una clara “conciliación trabajo/no-trabajo” (p. 196).

Los trabajadores del sector salud, generalmente, trabajan en turno diurno fijo definido entre las 8:00 a.m. y las 12:00 m. y entre las 2:00 p.m. y las 6:00 p.m.; en turno diurno combinado que va de 6:00 a.m. a 2:00 p.m. o de 2:00 p.m. a 10:00 p.m.; en el turno denominado 12 × 24 que, usualmente, se trabaja de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. con un día intermedio de descanso y luego de 6:00 p.m. a 6:00 a.m. y, por último, el mixto por semanas, determinado de 6:00 a.m. a 2:00 p.m., luego de 2:00 p.m. a 10:00 p.m. y después de 10:00 p.m. a 6:00 a.m.

Pérez Rodríguez et al. (2017) afirman que algunos trabajadores en sus primeros

cuatro años laborales no presentan mayores problemas, pero después de ese tiempo se exteriorizan algunos indicios que pueden ser físicos o mentales, y uno de los principales es el estrés laboral, el cual en períodos repetidos antecede al síndrome de *burnout* (Aguirre Mas et al., 2018).

Dall'Ora et al. (2015) refieren que, a mayor número de horas de trabajo, mayor probabilidad de generar resultados desfavorables como estrés, presencia del *burnout* o intenciones de renuncia; es así como, por ejemplo, Shu-Hui et al. (2014) relacionan directamente el estrés laboral con la calidad del sueño, por lo que trabajar por turnos de forma prolongada se asocia al *burnout*, contrario a los efectos de los días de descanso y dormir de forma adecuada, que se toman como factores de protección (Wisetborisut et al., 2014).

Por su parte, el *engagement* se relaciona positivamente con la calidad del sueño y el buen rendimiento laboral, mientras que la adicción al trabajo tiene una relación negativa con estas variables (Kubota et al., 2011). Además, trabajar con diferentes turnos, en comparación con trabajar solo en el turno diurno, genera una prevalencia más alta en los síntomas definidos en la *International Classification of Sleep Disorders* (Kerkhof, 2018) y mayor riesgo de presentar trastornos de sueño (Ma et al., 2018).

En comparación con quienes trabajan en turnos diurnos, los empleados con horarios no estándar de trabajo tienen mayor riesgo de presentar estrés, abuso de cigarrillo y de alcohol, realizar mayor uso de su tiempo recreativo frente a una pantalla, desarrollar prácticas dietéticas deficientes y padecer de obesidad y depresión (Winkler et al., 2018).

Aguirre Mas et al. (2018) afirman que los desencadenantes de los variados agentes estresantes que sufren las personas en su ámbito laboral no están limitados a la edad, los ingresos o el género, entre otras variables

sociodemográficas, sino que se incluyen aquí otros factores experimentados por el trabajador en la cotidianidad de su contexto laboral.

Por tanto, el personal asistencial, directamente expuesto a diferentes situaciones de riesgo psicosocial, se considera un grupo de alta vulnerabilidad (Vásquez Fonseca et al., 2019), entre otras cosas, por la gran carga física y mental que supone el trabajar en un periodo de tiempo y ritmo inadecuado en términos funcionales, creando, potencialmente, efectos negativos como casos de somnolencia diurna e insomnio, repercusión en el estado de alerta y fatiga y errores en la ejecución de las tareas, lo que a su vez genera un riesgo para los pacientes con los que se tiene contacto (Alferez Cruz y Matta Ospina, 2013; Shen et al., 2016; Gu Bo et al., 2019).

Ahora bien, existe evidencia previa que resalta la necesidad de dirigir las organizaciones de salud con un enfoque hacia las personas (Caballero Pedraza et al., 2017). Sin lugar a dudas, este enfoque requiere la revisión de las condiciones en que las personas realizan la tarea, por las posibles consecuencias que esta puede traer sobre fenómenos psicológicos como el *burnout* y el *engagement*, pues, pese a que los estudios respecto a estas variables han aumentado en los últimos años, aún quedan dudas respecto al papel que allí cumplen los turnos laborales; por tanto, el objetivo de este estudio es analizar las diferencias del *burnout* y el *engagement* en función de los turnos laborales en personal asistencial de una institución oncológica.

Metodología

La investigación es cuantitativa, basada en un diseño no experimental (Kerlinger y Lee, 2000) con una muestra de 56 trabajadores (M = 44, H = 12) de una institución de salud oncológica. Participó el personal que tenía una permanencia mayor a seis meses en

la organización. En la tabla 1 se presenta la caracterización de los participantes.

Tabla 1. Caracterización de los participantes.

Variable	N
Género	
Femenino	44
Masculino	12
Tiempo de vinculación	
Menos de 2 años	19
2 a 6 años	23
7 a 11 años	10
12 o más años	4
Área	
Hospitalización	6
Cirugía	19
UCI	2
Consulta externa	20
Laboratorio clínico	1
Radiología	4
Quimioterapia	2
Laboratorio de citopatología	2
Nivel escolaridad	
Bachiller	1
Técnicos-Tecnólogos	33
Profesional	9
Postgrado	13
Profesiones/Ocupaciones	
Auxiliar de enfermería	26
Enfermería profesional	6
Medicina	12
Psicología	2
Tecnología en radiología	2
Odontología	1
Camillero	1
Técnico administrativo en salud	2
Secretaría clínica	3
Trabajo social	1

Instrumentos

Se utilizó una ficha *ad hoc* para el reporte de los datos sociodemográficos y laborales. En el ítem de turnos laborales se presentaron las siguientes opciones: (a) diurno fijo (ej. 8:00 a.m. a 12:00 m y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.), (b) diurno combinado (ej. 6:00 a.m. a 2:00 p.m. o 2:00 p.m. a 10:00 p.m.), (c) 12 × 24 (ej. 6:00 a.m. a 6:00 p.m.-día de descanso-6:00 p.m. a 6:00 a.m.) y (d) mixto por semanas (ej. 6:00 a.m. a 2:00 p.m., luego 2:00 p.m. a 10:00 p.m. y después 10:00 p.m. a 6:00 a.m.).

Para medir el síndrome de *burnout* se usó el MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey*), con un alfa de Cronbach de 0,77 (agotamiento emocional = 0,83, despersonalización = 0,52 y falta de realización personal = 0,57). Cuenta con 22 ítems que se agrupan en tres dimensiones: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y baja realización personal (8 ítems). Tiene un formato de respuesta Likert que va de 0 (nunca) a 6 (todos los días).

Para medir el *engagement* se aplicó el UWES-9 (*Utrecht Work Engagement Scale-9*), que cuenta con un alfa de Cronbach de 0,90 (vigor = .72, dedicación = 0,84 y absorción = 0,72). Esta escala está conformada por 9 ítems que dan cuenta de sus tres dimensiones: vigor (3 ítems), dedicación (3 ítems) y absorción (3 ítems) y tiene una calificación tipo Likert de 0 (nunca) a 5 (siempre) (Schaufeli y Bakker, 2003).

Procedimiento y análisis de datos

El proyecto investigativo se envió a los directivos de la institución oncológica para su revisión y aprobación. Una vez aceptado, se entregaron los consentimientos informados a todos los participantes, seguidos de las escalas psicométricas. Luego de analizar los datos, se

procedió a entregar un informe de resultados y recomendaciones a la institución participante.

El análisis de datos se llevó a cabo en dos momentos: en primer lugar, se realizó la digitación, codificación y filtración de los datos en una matriz en Excel; posteriormente, se efectuaron análisis estadísticos a través del SPSS v.20, estimando medidas descriptivas y se comprobaron los supuestos de normalidad K-S ($p < 0,05$), indicando que el comportamiento de los datos no contenía una distribución normal. Por consiguiente, se hizo el análisis no paramétrico con el estadístico de Kruskal-Wallis. El valor estimado fue $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

Se tuvo en cuenta la Ley 1090 del 2006 (Congreso de La República, 2006) y la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud, 1993) en la que se indica que este es un estudio de bajo riesgo. La participación fue voluntaria y respaldada por el uso del consentimiento infor-

mado, salvaguardando la confidencialidad de la información proporcionada. El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Pereira.

Resultados

Caracterización del burnout y el engagement

En la figura 1 se observa el promedio de las dimensiones del *burnout* y del *engagement*. En primer lugar, la dimensión realización personal fue la que obtuvo el puntaje más alto, seguida por la dimensión cansancio emocional y, por último, la despersonalización. En el caso del *engagement*, las dimensiones vigor y dedicación reportaron el mayor puntaje, mientras que la dimensión absorción fue la más baja; aquí es importante resaltar que no hay una diferencia importante entre las dimensiones vigor y dedicación.

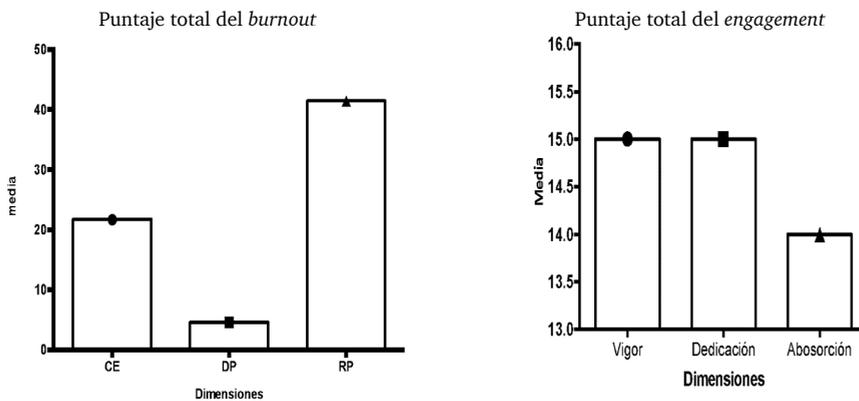


Figura 1. Puntaje total del burnout y del engagement.

Análisis descriptivo de las medidas burnout

Respecto a las dimensiones del *burnout*, los datos descriptivos se muestran en la tabla 2. En la dimensión cansancio emocional, el turno mixto por semanas es el de mayor puntaje ($M = 29,6$;

$DE = 8,3$). En la despersonalización, el puntaje más alto lo arrojó el turno diurno combinado ($M = 6,0$; $DE = 5,8$); y el diurno fijo ($M = 43,3$, $DE = 4,9$). En realización personal, la puntuación más baja la obtuvo el turno diurno combinado ($M = 35,8$; $DE = 8,48$).

Tabla 2. Descriptivos del *burnout* según el turno laboral.

Turno laboral	Síndrome de <i>burnout</i>											
	Cansancio emocional				Despersonalización				Realización personal			
	M	DE	Min	Max	M	DE	Min	Max	M	DE	Min	Max
DF (n = 37)	20,6	12,0	0,00	49,0	4,4	5,2	0,0	25,0	43,3	4,9	24,0	48,0
DC (n = 8)	23,8	16,1	1,00	45,0	6,0	5,8	0,0	19,0	35,8	14,0	11,0	48,0
12 × 24 (n = 6)	20,0	3,7	16,0	26,0	4,0	5,1	0,0	13,0	38,5	8,48	23,0	45,0
M × S (n = 5)	29,6	8,3	20,0	41,0	3,4	2,8	1,0	7,0	40,4	5,27	33,0	45,0

Nota: M = Media, DE = Desviación Estándar, DF = Diurno Fijo, DC = Diurno Combinado, M × S = Mixto por semanas.

Análisis descriptivo de las medidas del *engagement*

Los datos descriptivos de las medidas de *engagement* se observan en la tabla 3. Se evidencia que el diurno fijo ($M = 15,3$; $DE = 3,5$) y combinado ($M = 15,3$; $DE = 4,3$) puntuaron

más altos en vigor; mientras que el turno 12 × 24 fue el más alto ($M = 16,3$; $DE = 2,8$) en dedicación. Por su parte, el turno diurno combinado reportó un mayor puntaje en la dimensión absorción ($M = 16,3$; $DE = 1,9$).

Tabla 3. Descriptivos de *engagement* según el turno laboral.

Turno Laboral	Engagement											
	Vigor				Dedicación				Absorción			
	M	DE	Min	Max	M	DE	Min	Max	M	DE	Min	Max
DF (n = 37)	15,3	3,5	3,0	18,0	15,8	3,7	3,0	18,0	14,9	3,2	4,0	18,0
DC (n = 8)	15,3	4,3	5,0	18,0	15,3	5,4	2,0	18,0	16,3	1,9	12,0	18,0
12 × 24 (n = 6)	15,2	2,6	10,0	17,0	16,3	2,8	11,0	18,0	12,3	2,2	10,0	16,0
M × S (n = 5)	14,0	3,3	9,0	17,0	16,2	2,1	13,0	18,0	15,2	1,6	13,0	17,0

Nota: M = Media, DE = Desviación Estándar, DF = Diurno Fijo, DC = Diurno Combinado, M × S = Mixto por semanas.

Diferencias entre *engagement*, *burnout* y los turnos laborales

De acuerdo con el objetivo trazado, se efectuó un análisis inferencial entre los turnos laborales con el *burnout* y el *engagement* (véase la tabla 4). Se constató que las dimensiones del *burnout* tienen un comportamiento homogéneo entre los turnos laborales. De esta manera, los datos indican que los diferentes turnos no difieren en el *burnout*.

Frente a las dimensiones del *engagement*, se observó que los rangos son homogéneos entre los turnos en las dimensiones de vigor y dedicación ($p > 0,05$), mientras que los turnos difieren en la absorción, $\chi^2 = 10,5$, $p = 0,032$, siendo el puntaje más alto el obtenido por el turno diurno combinado ($Me = 16,2$) y el más bajo el mixto por semanas ($Me = 11,5$).

Tabla 4. Contraste de medidas de Kruskal-Wallis del burnout y el engagement según turno laboral.

		Turnos laborales				X ² gl = 4	p
Variables	Medida	DF (n = 37)	DC (n = 8)	12 × 24 (n = 6)	M × S (n = 5)		
CE	Rangos	27,7	32,1	24,9	40,1	3,54	0,471
	Me	22,0	30,5	20,5	31,0		
DP	Rangos	28,1	33,6	26,5	28,4	1,42	0,840
	Me	3,0	5,0	4,0	2,0		
RP	Rangos	32,0	22,1	22,0	22,9	5,13	0,274
	Me	44,0	41,5	38,5	42,0		
Vigor	Rangos	30,5	31,1	25,5	21,2	2,96	0,563
	Me	16	16,5	16,5	16,5		
Dedicación	Rangos	29	29	32	27,1	0,768	0,943
	Me	17	17,5	18	16		
Absorción	Rangos	29	29	32	27,1	10,5	0,032
	Me	14,8	16,2	12,3	11,5		

Nota: DF = Diurno Fijo, DC = Diurno Combinado, M × S = Mixto por semanas, CE = Cansancio Emocional, DP = Despersonalización, RP = Realización Personal, X² = Chi Cuadrado, gl = grados de libertad.

Discusión y conclusiones

El propósito de este estudio fue analizar las diferencias del burnout y el engagement en función de los turnos laborales en personal asistencial. Los resultados descriptivos (Media) evidencian que el turno mixto por semanas obtuvo el mayor puntaje en la dimensión de cansancio emocional. Por su parte, el turno diurno combinado arrojó el puntaje más alto en despersonalización; este mismo turno tiene la puntuación más baja en realización personal. En cuanto al análisis descriptivo del engagement, se encontró que los turnos diurno fijo y combinado fueron los que puntuaron más alto en vigor, el turno 12 × 24 puntuó más alto en dedicación y el diurno combinado reportó el mayor puntaje en absorción.

En cuanto al análisis inferencial, se encontró que los tipos de turnos laborales no difieren en el burnout; este hallazgo va en contravía a los resultados de otros estudios en los

que el personal asistencial que labora solo en turnos diurnos está menos expuesto a presentar el síndrome en comparación con aquellos que trabajan en turnos nocturnos y de madrugada (Jamal, 2004; Poulsen et al., 2011; Walsh et al., 1998; Wisetborisut et al., 2014).

De otro lado, en este estudio, los turnos laborales no difieren en el vigor y la dedicación, pero sí en la absorción, teniendo en cuenta que esta dimensión presentó el puntaje más alto en el turno diurno combinado. Esto contrasta con los resultados de otras investigaciones, en las cuales los trabajadores que laboran solamente en el turno diurno presentan un mayor puntaje que aquellos que trabajan en la noche o en la madrugada (Poulsen et al., 2011; Sawatzky y Enns, 2012). En este estudio, el personal asistencial que solo trabaja en el turno diurno manifestó igual o menos características del engagement que los que trabajan en el turno nocturno, resultado similar al de otro estudio realizado con personal de enfermería (Simpson, 2009).

Cabe mencionar que al trabajar por turnos no se presentan de la misma forma estímulos auditivos que solo se encuentran en la actividad diurna, los estímulos visuales como la luz solar, el aumento de la temperatura o aquellos procesos biológicos que en términos de intensidad se ven incrementados en el día y disminuidos en la noche por tratarse de un periodo de reposo; todos estos factores dificultan que las personas que laboran en la noche, la madrugada o de forma rotativa logren descansar de forma óptima, en especial por no lograr adaptarse a estos cambios, lo que genera afectaciones en las labores domésticas, las relaciones familiares, de pareja, con amigos y el tiempo dedicado a actividades para la recreación, así como el padecimiento de trastornos músculo-esqueléticos, de la alimentación y del sueño (Alferez Cruz y Matta Ospina, 2013; Feo Ardila, 2007; Fernández Montalvo y Piñol, 2000). Este último cobra un valor especial, pues existe una relación entre la calidad de vida profesional y el sueño (Grimaldo y Reyes Bossio, 2015).

Con lo anterior no se sugiere que se eliminen los turnos nocturnos, esto no es viable en una institución de salud que siempre está en función de la atención de pacientes en los diferentes servicios, pero sí abre el debate para que, al interior de las organizaciones, se consideren prácticas organizacionales saludables que cuiden a quienes hacen este tipo de turnos, de manera que se implementen acciones para promover la conciliación trabajo-familia, la reorganización de los puestos de trabajo, la ejecución de pausas activas y el aprendizaje de herramientas de autocuidado que se conviertan en factores de protección.

A partir de los hallazgos de este estudio, se concluye que el *burnout* tiene un comportamiento homogéneo entre los distintos turnos laborales, de manera que el *burnout* no difiere según los turnos laborales. Respecto al *engagement*, no se evidenció un cambio en las dimensiones de vigor y dedicación, pero

sí se concluye que la dimensión de absorción difiere en función de los turnos laborales, beneficiando particularmente a quienes realizan el turno diurno combinado.

Una de las limitaciones de este estudio consistió en el muestreo por disponibilidad, lo que no permitió tener grupos homogéneos por turno laboral. Sumado a esto, se identifican resultados disímiles en la literatura revisada, por lo que se recomienda a futuros estudios continuar indagando por el posible efecto que tienen los turnos laborales en el *burnout* y el *engagement*, sobre todo en la actual situación que atraviesa el mundo a partir de la pandemia por covid-19 que ha llevado a una intensificación del trabajo en el personal asistencial, afectando su salud mental (Lim et al., 2020; Xiao et al., 2020); en este orden de ideas, es necesario aportar mayor evidencia que entregue insumos para que las instituciones de salud, apoyadas en las áreas de talento humano, tomen decisiones estratégicas que velen por la salud de sus trabajadores.

Además, es importante considerar las características laborales y contextuales que rodean al turno diurno combinado, pues allí se identificó mayor absorción, es decir, mayor identificación, concentración y disfrute en la tarea realizada por parte de los trabajadores, atributos de suma importancia en este personal y con diversos beneficios en los ámbitos individual, de equipo y organizacional. Por tanto, las instituciones de salud pueden apoyarse en este hallazgo para revisar la planeación que realizan con sus trabajadores, de forma que se puedan amplificar las experiencias de bienestar.

Bajo este propósito se retoma el planteamiento de Maslach et al. (2001), quienes recomiendan trabajar sobre la promoción del *engagement* y no frente a la reducción del *burnout*, dado que las empresas generan un vínculo más fuerte con objetivos en positivo, por lo que se sugiere a las instituciones de salud trabajar sobre planes de acción que promue-

van el bienestar. Lo anterior implica que se ubique en el centro de la gestión empresarial a las personas (Raya y Panneerselvam, 2013). Para ello es necesario instaurar en la agenda de trabajo el reporte de prácticas basadas en la evidencia que reconozcan las particularidades culturales de cada región y que aporten al mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores de la salud.

Referencias

- Acuña-Hormazabal, Á., Mendoza-Llanos, R. y Pons-Peregort, O. (2021). Burnout, engagement y la percepción sobre prácticas de gestión en pandemia por COVID-19 que tienen trabajadores del centro sur de Chile. *Estudios Gerenciales*, 37(158), 104-112. <https://doi.org/10.18046/j.estger.2021.158.4364>
- Adriaenssens, J., De Gucht, V. y Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649-661. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
- Aguirre Mas, C., Gallo, A., Ibarra, A y Sanchez García, J. C. (2018). Relación entre estrés laboral y burnout en una muestra de controladores de tráfico aéreo en Chile. *Revista Ciencias Psicológicas*, 12(2), 239-248. <http://dx.doi.org/10.22235/cp.v12i2.1688>.
- Alatalo, S., Oikarinen, E., Reiman, A., Tan, T., Heikka, E., Hurmelinna-Laukkanen, P., Muhos, M. y Vuorela, T. (2018). Linking concepts of playfulness and well-being at work in retail sector. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 43, 226-233. <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2018.03.013>
- Alferez Cruz, L. F. y Matta Ospina, H. J. (2013). *Trastornos del sueño y sus efectos en trabajadores de la salud del área asistencial: Revisión de investigaciones publicadas en el período 1990- 2013* [tesis de posgrado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional Udea. <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/8df1d1be-8bab-4b89-b881-a8f495fda828/trastornos+del+sueño+y+su+efectos.pdf?MOD=AJPERES>
- Bakker, A. B. y Albrecht, S. (2018). Work engagement: current trends. *Career Development International*, 23(1), 4-11. <https://doi.org/10.1108/CDI-11-2017-0207>
- Bakker, A. B. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(3), 107-115. <https://doi.org/10.5093/tr2013a16>
- Caballero Pedraza, I. M., Contreras Torres, F., Vega Chávez, E. P. y Gómez Shaikh, J. J. (2017). Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Informes Psicológicos*, 17(1), 87-105. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v17n1a05>
- Colombia. Congreso de la República. (2006, 6 de septiembre). *Ley 1090 del 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Diario Oficial 46 383. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html#TITULO_I
- Colombia. Ministerio de Gobierno. (1950, 9 de septiembre). *Decreto Ley 3743 de 1950. Código Sustantivo del Trabajo*. Diario Oficial No 27 407.
- Colombia. Ministerio de Salud. (1993, 4 de octubre). *Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*.
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J. y Simon, M. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: Findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5(9), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>
- De la Fuente-Solana, E. I., Pradas-Hernández, L., González-Fernández, C. T., Velando-Soriano, A., Martos-Cabrera, M. B., Gómez-Urquiza, J. L. y Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Burnout Syndrome in Paediatric Nurses: A Multi-Centre Study. *International journal of environmental research and public health*,

- 18(3), 1324. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031324>
- Dos Santos Barros, M. M., Pereira de Almeida, S., Pinheiro Barreto, A. L., Santos Faro, S. R., Melo de Araújo, M. R. y Faro, A. (2016). Síndrome de Burnout em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. *Trends in Psychology*, 24(1), 377-389. <https://doi.org/10.9788/tp2016.1-26>
- Feo Ardila, J. M. (2007). *Influencia del trabajo por turnos en la salud y la vida cotidiana* [tesis de posgrado, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Institucional Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/54929>
- Fernández Merino, C. y Yáñez Gallardo, R. (2014). Describiendo el engagement en profesionales de enfermería de atención primaria de salud. *Ciencia y Enfermería*, 20(3), 131-140. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300012>
- Fernández Montalvo, J. y Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(3), 207-222. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.5.num.3.2000.3899>
- Fontes, L., Goncalves, A., Gomes, R. y Simaes, C. (2019). Stress and Work Engagement in Health Professionals. En P. M. Arezes, J. S. Baptista, M. P. Barroso, P. Carneiro, P. Cordeiro, N. Costa, R. B. Melo, A. S. Miguel, G. Perestrelo (eds.), *Occupational and Environmental Safety and Health*, (pp. 553-561). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-14730-3>
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J. y Martínez-Zaragoza, F. (2016). Work engagement in nursing: An integrative review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 101-111. <https://doi.org/10.1111/jonm.12312>
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Ediciones Pirámide. http://www.capacitacion.edu.uy/files/medios/cd_prosoc09/sitio/lecturas/Modulo_1/El_Trabajo.pdf
- Gómez-Salgado, J., Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., Romero-Martín, M. y Climent-Rodríguez, J. A. (2019). Engagement, passion and meaning of work as modulating variables in nursing: A theoretical analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(108), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010108>
- Grimaldo, M. y Reyes Bossio, M. A. (2015). Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 50-57. [https://doi.org/10.1016/s0120-0534\(15\)30006-6](https://doi.org/10.1016/s0120-0534(15)30006-6)
- Gu Bo, M. N.; Tan Qiling B. A.; Zhao Shangping M. N. (2019). The association between occupational stress and psychosomatic wellbeing among Chinese nurses. *Medicine*, 98(22), 1-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31145327/>
- Gutiérrez Segura, J. C., Saravia Peña, J. J., Montenegro Muñoz, J. Z., Osorio Vélez, D. M., Caicedo González, C. M. y Gallego Hincapié, Y. K. (2008). Prevalencia y factores asociados a “burnout” en médicos especialistas docentes de la Universidad Tecnológica de Pereira. 2006. *Revista Médica de Risaralda*, 14(1), 15–22. <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/611>
- Harter, J. K., Schmidt, F. L. y Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.2.268>
- Hernández, H.L. y Oramas, V.A. (2016). Autoeficacia y work engagement en trabajadores de diferentes ocupaciones asistenciales. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 17(4), 32-41. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69094>
- Jamal, M. (2004). Burnout, stress and health of employees on non-standard work schedules: a study of Canadian workers. *Stress and Health*, 20(3), 113-119. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/smi.1012>

- Juárez García, A. (2015). Engagement Laboral, una concepción científica: Entrevista con Wilmar Schaufeli. *Liberabit*, 21(2), 187-194. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68643124002>
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724. <https://doi.org/10.5465/256287>
- Kerkhof, G. A. (2018). Shift work and sleep disorder comorbidity tend to go hand in hand. *Chronobiology International*, 35(2), 219-228. <https://doi.org/10.1080/07420528.2017.1392552>
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2000). *Investigación del comportamiento* (4a ed). McGraw-Hill.
- Kubota, K., Shimazu, A., Kawakami, N., Takahashi, M., Nakata, A. y Schaufeli, W. (2011). Distinción empírica entre engagement y trabajolismo e enfermeras hospitalarias de Japón: Efecto sobre la calidad del sueño y el desempeño laboral. *Ciencia & Trabajo*, 13(41), 152-157. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4705841/>
- Lim, W. P., Seet, X. Y. y Rahman, H. (2020). Designing a psychological preparedness toolkit for healthcare workers in the wake of COVID-19: A Singapore perspective. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102-204. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102204>
- Lisbona, A., Morales, J. F. y Palací, F. (2009). El engagement como resultado de la socialización organizacional. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1), 89-100.
- Llorens, S., García-Renedo, M. y Salanova, M. (2005). Burnout como consecuencia de una crisis de eficacia: un estudio longitudinal en profesores de secundaria. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 21(1-2), 55-70. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317039004%0ACómo>
- Lorente, L. y Vera, M. (2010). Las organizaciones saludables: "El engagement en el trabajo." *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 73, 16-20. <http://pdfs.wke.es/1/5/4/2/pd0000051542.pdf>
- Ma, Y., Wei, F., Nie, G., Zhang, L., Qin, J., Peng, S., Xiong, F., Zhang, Z., Yang, X., Peng, X., Wang, M. y Zou, Y. (2018). Relationship between shift work schedule and self-reported sleep quality in Chinese employees. *Chronobiology International*, 35(2), 261-269. <https://doi.org/10.1080/07420528.2017.1399902>
- Manzano, G. (2002). Burnout y Engagement en un colectivo preprofesional estudiantes universitarios. *Boletín de Psicología*, 74, 79-102. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2339640>
- Marti, F., Giannarelli, D., Mitello, L., Fabriani, L., Latina, R. y Mauro, L. (2019). Correlation between Work Engagement and Burnout among Registered Nurses: an Italian hospital survey. *Professioni Infermieristiche*, 72(1), 42-49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31162042/>
- Martínez-Alvarado, J., Guillén, F. y Feltz, D. (2016). Athletes' motivational needs regarding burnout and engagement. *Revista de Psicología Del Deporte*, 25(1), 65-71. <http://hdl.handle.net/10553/20816>
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). The Measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, (2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach y Leiter, M. (2007). Burnout. En *Encyclopedia of Stress Edition*. (pp. 368-371). Elsevier Editors. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3>
- Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Orgambidez, A., Borrego, Y. y Vázquez-Aguado, O. (2019). Self-efficacy and organizational commitment among Spanish nurses: the role of work engagement. *International Nursing Review*, 66(3), 381-386. <https://doi.org/10.1111/inr.12526>
- Pérez Rodríguez, V.; Palací Descals, F. y Topa Cantisano, G. (2017). Cultura de conciliación y conflicto trabajo / familia en trabajadores con turnos laborales. *Acción Psicológica*,

- 14(2), 193-120. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344054646013>
- Poulsen, M. G., Poulsen, A. A., Khan, A., Poulsen, E. E. y Khan, S. R. (2011). Work engagement in cancer workers in Queensland: The flip side of burnout. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, 55(4), 425-432. <https://doi.org/10.1111/j.1754-9485.2011.02281.x>
- Quiroz-González, E. Y. y Loaiza Gutiérrez, L. A. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en personal asistencial de un hospital del departamento de Risaralda-Colombia. *Psicoespacios*, 10(17), 169-186. <https://doi.org/10.25057/21452776.692>
- Quiroz-González, E., Loaiza Guzmán, J. D. y Mejía González, C. (2020a). Bienestar en el trabajo: implicaciones y desafíos para las organizaciones saludables. En J. E. Páez Valdez (compil.), *Organizaciones saludables. Una contribución desde la psicología y la comunicación* (pp. 10-36). Editorial Universidad Católica de Pereira. <https://editorial.ucp.edu.co/index.php/e-books/catalog/book/13>
- Quiroz González, E. Y., Muñoz Jaramillo, J. T., Salazar Montes, A. P., Ocampo Rivera, F., y Vanegas Berrio, N. Y. (2020b). Engagement y burnout en profesionales de la salud colombianos. *Salud (i) Ciencia*, 24(4), 201-207. <https://www.siicsalud.com/dato/sic/244/160641.pdf>
- Raya, R. P. y Panneerselvam, S. (2013). The healthy organization construct: A review and research agenda. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 17(3), 89-93. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.130835>
- Salanova, M., Llorens, S. y Martínez, I. (2016). Aportaciones desde la psicología organizacional positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. *Papeles Del Psicólogo*, 37(3), 177-184. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2773.pdf>
- Salanova, M., Llorens, S. y Martínez, I. (2019). *Organizaciones saludables. Una mirada desde la psicología positiva*. Thomson Reuters Aranzadi.
- Salanova, M., Martínez, I., Cifre, E. y Schaufeli, W. (2005). ¿Se pueden vivir experiencias óptimas en el trabajo? Analizando el Flow en contextos laborales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(1), 89-100.
- Salanova, M. y Schaufeli, W. (2009). Un paso más allá: Trabajadores engaged y organizaciones saludables. En *El engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión* (pp. 271-295). Alianza Editorial.
- Salanova Soria, M. y Schaufeli, W. (2004). El engagement de los empleados: Un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros*, 62, 109-138.
- Sanclemente Vinué, I., Saso, C. E. y Íñiguez Berrozpe, T. (2017). Engagement o compromiso en profesionales de enfermería: variables socio-demográficas y laborales asociadas. *Enfermería Global*, 16(3), 400-426. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.259541>
- Sawatzky, J. A. V. y Enns, C. L. (2012). Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 696-707. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01355.x>
- Schaufeli, W. y Bakker, A. (2003). *Utrecht Work Engagement Scale: Preliminary Manual*. Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University.
- Shen, S. H., Yen, M., Yang, S. L. y Lee, C. Y. (2016). Insomnia, anxiety, and heart rate variability among nurses working different shift systems in Taiwan. *Nursing and Health Sciences*, 18(2), 223-229. <https://doi.org/10.1111/nhs.12257>
- Shu-Hui, L., Wen-Chun, L., Mei-Yen, C. y Jun-Yu, F. (2014). The impact of shift work on nurses' job stress, sleep quality and self-perceived health status. *Journal of Nursing Management*, 22(5), 604-612. <https://doi.org/10.1111/jonm.12020>
- Simpson, M. R. (2009). Predictors of work engagement among medical-surgical registered nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 31(1), 44-65. <https://doi.org/10.1177/0193945908319993>

- Soares, M. E. y Mosquera, P. (2019). Fostering work engagement: The role of the psychological contract. *Journal of Business Research*, 101, 469-476. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.01.003>
- Vásquez Fonseca, V., Gómez Pasos, J., Martínez, J. y Salgado, A. (2019). Relación entre el burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. *Salud(i)Ciencia*, 23, 325-331. <http://dx.doi.org/10.21840/siic/158957>
- Walsh, M., Dolan, B. y Lewis, A. (1998). Burnout and stress among A&E nurses. *Emergency Nurse*, 6(2), 26-30. <https://doi.org/10.7748/EN.6.2.23.S17>
- Winkler, M. R., Mason, S., Laska, M. N., Christoph, M. J. y Neumark-Sztainer, D. (2018). Does non-standard work mean non-standard health? Exploring links between non-standard work schedules, health behavior, and well-being. *SSM-Population Health*, 4, 135-143. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.12.003>
- Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R. y Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine*, 64(4), 279-286. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu009>
- Xanthopoulou, D., Bakker, A., Demerouti, E. y Schaufeli, W. (2009). Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 235-244. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.11.003>
- Xiao, X., Zhu, X., Fu, S., Hu, Y., Li, X. y Xiao, J. (2020). Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *Journal of Affective Disorders*, 274(1), 405-410. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.081>



Trastornos del neurodesarrollo: una comparación entre el DSM-5 y la CIE-11

Neurodevelopmental disorders:
a comparison between DSM-5 and ICD-11

ANDRÉS CAMILO DELGADO REYES^A

Universidad de Manizales, Colombia

<https://orcid.org/0000-0003-1781-808X>

ANDRÉS FELIPE AGUDELO HERNÁNDEZ

Universidad de Manizales, Colombia

<https://orcid.org/0000-0002-8356-8878>

Recibido: 5 agosto 2021 • Aceptado: 11 noviembre 2021 • Publicado: 14 diciembre 2021

Cómo citar este artículo: Delgado Reyes, A.C. y Agudelo Hernández, A.f. (2021). Trastornos del neurodesarrollo: una comparación entre el DSM-5 y la CIE-11. *Psicoespacios*, 15(27). <https://doi.org/10.25057/21452776.1417>

^AAutor de correspondencia: acdelgado58718@umanizales.edu.co

Resumen

Las clasificaciones nosológicas han permitido a lo largo de la historia generar un lenguaje común entre los profesionales en salud mental. Las dos clasificaciones más importantes y reconocidas son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Ambos manuales han presentado diferencias y similitudes que han causado controversia. El presente trabajo tiene como objetivo realizar un análisis conceptual de los trastornos del neurodesarrollo en las últimas versiones de estas clasificaciones, el DSM-5 y la CIE-11. Se evidencian las novedades en ambos manuales. La revisión demuestra una armonización entre las dos clasificaciones, permitiendo disminuir en el futuro algunos errores en la comunicación entre profesionales y la denominación ambigua de categorías diagnósticas.

Palabras claves: CIE-11, DSM-5, psiquiatría infantil, trastornos del neurodesarrollo.

Abstract

Nosological classifications have allowed throughout history to generate a common language among mental health professionals. The two most important and recognized classifications are the International Classification of Diseases (ICD) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Both manuals have presented differences and similarities that have caused controversy. The present work aims to carry out a conceptual analysis of neurodevelopmental disorders in the latest versions of these classifications, the DSM-5 and, the ICD-11. The novelties are evident in both manuals. The review shows a harmonization between the two classifications, allowing to reduce in the future some errors in communication between professionals and the ambiguous naming of diagnostic categories.

Keywords: ICD-11, DSM-5, child psychiatry, neurodevelopmental disorders.

Introducción

Los sistemas de clasificación son fundamentales en todas las ciencias, ya que contienen los conceptos en los que se basa la teoría. Por esto, la clasificación de las enfermedades (nosologías) ha sido parte fundamental de la teoría y la práctica de la medicina y otras disciplinas. La clasificación nosológica permite tener una base conceptual sobre la cual ubicar lo que se está observando, y posibilita la comunicación entre la comunidad médica-científica y con los pacientes, así como la toma de decisiones acerca del tratamiento. También permite predecir la evolución, medir cambios, tomar registros y facilitar los métodos de investigación. En la nomenclatura médica, las categorías primarias de interés son los diagnósticos, ya que uno de ellos puede llevar a un síndrome, un trastorno o una enfermedad. La nosología psiquiátrica es importante, pues facilita los esfuerzos de búsqueda y comprensión de las bases de estos trastornos y, en el futuro, podría permitir comprender su etiología.

Los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales presentan una historia muy nutrida de la mano de la creación de la nosología o clasificación para las enfermedades médicas generales. El inicio de las clasificaciones tiene su origen en el reconocimiento

de la enfermedad mental en descripciones del mundo antiguo, como la clasificación médica de Ayurveda 2000 años a.C. La evolución conceptual y el desarrollo de diversas teorías que buscaban explicar el origen, curso y pronóstico de la enfermedad mental llevaron al desarrollo de diferentes tipos de clasificaciones desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX, cuando autores como Sigmund Freud, Eugen Bleuler y Jean-Martin Charcot creaban sus propias nosologías que evolucionaban hasta ser acogidas o aceptadas en una región geográfica o por un grupo de profesionales. Esto dificultaba la comunicación entre científicos y aumentaba la confusión, debido a que las mismas patologías se describían desde diferentes puntos de vista.

Uno de los autores más importantes en la construcción de un lenguaje común en la nosología en salud mental fue Kraepelin (Cárdenas Reyes, 2008), quien facilitó una mejor comprensión para el contexto de la investigación. Kraepelin aceptó siempre el carácter provisional e incompleto de las clasificaciones en enfermedad mental y especialmente de su nosología. La clasificación de este autor se produjo en 1899, sentando el fundamento para la nosología psiquiátrica actual (González, 2010; González-Morales, 2016).

Actualmente, la nosología de referencia en psiquiatría se encuentra contenida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que se realiza bajo supervisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y cuyo capítulo V está dedicado a los trastornos mentales. La última versión del DSM corresponde a la quinta edición (DSM-5).

Es importante mencionar que los profesionales de la salud mental han aceptado y acogido desde sus inicios al DSM por su naturaleza descriptiva. Sin embargo, mediante encuestas realizadas con profesionales de la salud se ha identificado que el 70 % de los evaluados prefería usar la CIE-10 en el trabajo clínico diario, contrario al 23 % que elegía el DSM-IV, probablemente debido a que los países participantes en las encuestas exigen el uso de este manual con fines administrativos y de facturación (Clark et al., 2017).

El desarrollo de estas clasificaciones se inició como una necesidad de recoger información en los censos, por lo que en el año 1953 el inglés William Far y el italiano Marc d'Espine fueron comisionados en Europa para diseñar una nomenclatura de casos de muerte, la cual pudiera ser replicada en todo el mundo. Desde entonces, dicha revisión se realiza cada 10 años. En 1948, la OMS asumió la responsabilidad de realizar la revisión de la CIE (Cárdenas Reyes, 2008). La versión más actualizada de la CIE corresponde a la undécima edición (CIE-11).

El censo de 1880 describió siete categorías de enfermedades mentales en Estados Unidos. En 1918 salió a la luz la primera clasificación psiquiátrica estandarizada. Casi cuatro décadas después, en 1952, se desarrolló el DSM-I, el cual surgió como desacuerdo a la nomenclatura dada por la OMS en 1948 en la CIE-6. En la década de 1980, el DSM-III realizó el primer intento de coordinarse con

la CIE-9 para mejorar la comunicación y generar métodos de registro más convergentes, produciendo un sistema fenomenológico descriptivo, basado en criterios diagnósticos operacionales, explícitos, teóricamente neutrales y con un formato multiaxial. Fue con la aparición del DSM-II cuando la nosología cobró mayor importancia y repercusión en la forma de conceptualizar la psiquiatría como disciplina médica y método de acercamiento a su objeto de estudio (González-Morales, 2016).

En la actualidad, la CIE y el DSM buscan lograr una mayor uniformidad y compatibilidad (Molina, 2008). Se ha tenido en cuenta la necesidad de mejorar la utilidad clínica de la CIE (Reed, 2010), reconociendo las divergencias que su clasificación presenta con relación al DSM. En muchos países hoy se emplea la CIE-10, la cual es de uso obligatorio para el reporte de los datos de morbilidad básica (García, 2010), aunque se espera que la CIE-11, que se lanzó en mayo de 2019, entre en vigor el 1 de enero de 2022. Por su parte, el DSM-5 salió a la luz en mayo de 2013.

Discusión

El DSM y su énfasis en el ciclo vital

El DSM-5 recoge 216 trastornos mentales, mientras que la primera edición de este manual contenía 106 trastornos, evidenciando su aumento en los últimos 60 años. Este manual está organizado en tres secciones: i) uso clínico y forense, ii) criterios y códigos diagnósticos de los diferentes trastornos mentales y iii) medidas dimensionales para la evaluación de los síntomas, criterios sobre la formulación cultural de los trastornos y una propuesta alternativa sobre la conceptualización de los trastornos de personalidad, así como una descripción de las condiciones clínicas que están actualmente en estudio.

El DSM-5 elimina el sistema multiaxial que se popularizó con el DSM-IV-TR, debido a que generaba distinciones artificiales y era poco utilizado (Echeburúa et al., 2014). Esto pone en un mismo nivel los anteriores ejes I, II y III (trastornos psiquiátricos, trastornos de personalidad y otras condiciones médicas), mientras se adicionan notas separadas para consignar los factores de tipo psicosocial (anteriormente eje IV), así como el nivel de funcionamiento (anteriormente eje V). Otro cambio importante es la reestructuración en el orden de los capítulos, pues se agrupan los trastornos más similares y aparentemente relacionados entre sí, lo cual busca alinear al DSM-5 con la CIE-11.

La organización global de los capítulos en el DSM-5 tiene más consideraciones según el ciclo vital; al inicio se encuentran los trastornos del neurodesarrollo y al final los trastornos neurodegenerativos. Este nuevo manual también presenta cambios sustanciales frente a su antecesor, como la desaparición de algunas categorías diagnósticas o la inclusión de trastornos con poco apoyo empírico y que implican la medicalización de conductas consideradas normales.

Se requiere una sólida formación clínica para establecer un diagnóstico en el DSM-5 porque los criterios establecidos se refieren a síntomas, conductas, funciones cognitivas, signos físicos y combinaciones de síntomas que es preciso discriminar con exactitud de los cambios en la vida cotidiana, la adaptación a las diversas fases del ciclo evolutivo o las respuestas transitorias a las situaciones de estrés. (Echeburúa et al., 2014, p. 72).

El grupo de trabajo del DSM-5 reconoce que se trata de una clasificación en transición, con todas las imperfecciones que esto genera. Sin embargo, representa la mejor alternativa disponible en este momento para cumplir los múltiples objetivos que se proponen (clínicos, investigativos, de salud pública y médicos-legales). Se espera, más temprano

que tarde, que la psiquiatría y la psicología clínica estén en condiciones de contar con una clasificación basada en etiologías o mecanismos etiopatogénicos que las acerquen a las demás ciencias de la salud (Silva, 2014).

Las utilidades de la CIE

Hoy en día 177 países utilizan la CIE-10 para clasificar enfermedades y problemas relacionados, lo cual permite tomar decisiones administrativas y epidemiológicas al comparar en contextos nacionales e internacionales la información en salud. La OMS utiliza dos clasificaciones internacionales: una para describir el estado de salud de las personas en términos de enfermedades y motivos de consulta (CIE) y la otra para describir el nivel de funcionalidad de las personas (CIF). La CIE-10 consta de 21 capítulos. El capítulo V se refiere a los trastornos mentales y del comportamiento, el cual contiene 10 grupos principales y 100 categorías diagnósticas (Gómez Rivadeneira, 2015). Cabe señalar que desde la quinta revisión de la CIE en 1938 se presentó un capítulo denominado “enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos”. Desde este punto de partida ha sido sometido a diferentes revisiones y transformaciones hasta llegar a la concepción actual de la CIE-10 y la CIE-11 (Solé-Arrondo, 2002).

La CIE tiene tres usos principales: en el contexto clínico, en salud pública y en investigación. Para la elaboración de la CIE-11, el énfasis se hizo en la utilidad clínica con el objetivo de solventar los errores cometidos en la CIE-10 al tener dos textos con usos diferentes, uno de descripciones clínicas y diagnósticas (CDDG) y otro con criterios para la investigación (CDR). En las CDDG, la utilidad clínica se vio afectada por no tener criterios claros entre los diferentes grupos encargados de elaborar las categorías. En lo referente a la utilidad clínica, las CDDG se centran en aspectos como el valor al comunicar una condición

entre profesionales, su implementación en la práctica clínica y su utilidad en la selección de intervenciones.

Para darle cumplimiento al objetivo de mejorar la utilidad clínica, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, el cual tenía la responsabilidad técnica de coordinar el desarrollo del capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-11, creó un formulario para cada categoría en aras de proporcionar una combinación de información técnica, administrativa y clínica. En su presentación jerárquica, la CIE-11 se asemeja al DSM-5, aunque el primero incluye indicadores de funcionalidad, temporales y de gravedad. En el formulario implementado una de las secciones se refiere a las “características esenciales” que se podrían considerar como aquellos elementos necesarios para realizar un diagnóstico con seguridad. Aunque estas listas de “características esenciales” se asemejan de alguna manera a los criterios diagnósticos en su estructura general, carecen en su mayor parte de los umbrales de duración específicos que caracterizan a los conjuntos de criterios diagnósticos del DSM-5 (First et al., 2015). Las pautas que brinda la CIE-11 están destinadas a retratar la forma como los profesionales en el área de la salud mental realizan el diagnóstico, es decir, parten desde el ejercicio flexible del juicio clínico. De igual manera, para la mayoría de los trastornos se evita determinar requisitos mínimos de un número de síntomas y, solo en algunos casos, se brindan umbrales de síntomas si estos se han establecido empíricamente o si existe algún argumento sólido para dicho umbral.

Otro aspecto importante en la CIE-11 es el desarrollo. Si bien en el DSM-5 los trastornos se organizan según el ciclo vital (al inicio están los trastornos del neurodesarrollo y al final los trastornos neurodegenerativos), en la CIE-11 se especifican las “presentaciones de desarrollo”, en las que se describe cómo las presen-

taciones de los síntomas pueden diferir según la etapa en la que se encuentre el individuo, incluida la infancia, la adolescencia y la vejez. Sin embargo, cabe señalar que la presentación de la psicopatología no es estática y no está necesariamente sujeta al ciclo vital, por lo que muchos trastornos que son considerados de la edad adulta también pueden presentarse en la niñez, como es el caso de la depresión, en el cual el estado de ánimo es irritable y no deprimido, o el trastorno por estrés postraumático (TEPT), en el que los niños recrean el trauma a través del juego y no mediante “flashbacks” (First et al., 2015). Así mismo, muchos de los llamados *trastornos de la infancia* pueden persistir hasta la edad adulta con comorbilidad en su presentación, como es el caso del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el trastorno del espectro autista (TEA). También se consideran las diferencias de desarrollo en las distintas etapas de la niñez y las variaciones que se pueden presentar en pacientes geriátricos.

La OMS adelantó diferentes estudios con psicólogos y psiquiatras procedentes de países con diferentes ingresos económicos para determinar la utilidad clínica de las categorías diagnósticas propuestas, con el objetivo de generar un manual universal que responda a las diferencias culturales. De igual manera, otro acierto en la producción de la CIE-11 es la revisión simultánea en dos idiomas (inglés y español), lo cual permite evitar que se presenten sesgos de lenguaje en el producto final, posibilitando la revisión de las versiones preliminares y no de la versión final, como ocurrió con versiones anteriores (Reed et al., 2012).

Trastornos del neurodesarrollo en los manuales diagnósticos

De manera general e independientemente del manual que se consulte, los hoy llamados trastornos del neurodesarrollo hacen referencia a dificultades presentadas en la infancia o durante el periodo del desarrollo que interfieren

con la adquisición de diferentes habilidades, capacidades o competencias. La denominación y ubicación en grupos diagnósticos determinados ha ido variando según la evidencia científica que respalda la presencia y permanencia de la condición a lo largo del ciclo vital. De igual modo, las características diagnósticas consideradas dependen de la evidencia científica acumulada desde la práctica clínica.

DSM-IV VS. DSM-5

Además de los cambios mencionados respecto al DSM-5, una de las variaciones más notorias es el abandono en el uso de números romanos y el inicio del uso de números arábigos en la denominación del manual; este cambio se realizó con el objetivo de identificar de manera más fácil las posteriores actualizaciones del manual (por ejemplo DSM-5.1), en las que la Asociación Americana de Psiquiatría actualmente se encuentra trabajando. Muchas de las nuevas variaciones en la versión actual de este manual están relacionadas con la inclusión, eliminación y agrupación de diferentes condiciones clínicas. Algunas de las categorías que incluyeron cambios radicales en su presentación son los “trastornos que se presentan en la infancia”. El DSM-IV incluía un apartado para los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. En este apartado se incluían el retraso mental, los trastornos del aprendizaje, el trastorno de las habilidades motoras, los trastornos de la comunicación, los trastornos generalizados del desarrollo, los trastornos por déficit de atención y del comportamiento perturbador, así como los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia y la niñez, el trastorno de tics, los trastornos de la eliminación y otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.

El DSM-5 considera que los trastornos continúan a lo largo del ciclo vital, por lo que propone su visión evolutiva y cambia algu-

nos de los criterios, especialmente en cuanto a la edad de su comienzo y de su continuación después de los 18 años, por lo que se reagrupan varias alteraciones de la infancia y la adolescencia en una estructura diferente denominada *trastornos del desarrollo neurológico* (Botero-Franco et al, 2016). Este grupo incluye los trastornos del desarrollo intelectual, los trastornos de la comunicación, los trastornos específicos del aprendizaje, el TEA, los trastornos motores y el TDAH.

Con relación a los trastornos del desarrollo intelectual, inicialmente el cambio más notorio en el DSM-5 es el nombre, dejando a un lado la denominación de retraso mental. Así mismo, el análisis diagnóstico se basa en el análisis funcional de la persona en los ámbitos práctico, social y conceptual. Aunque se tiene en cuenta el puntaje obtenido en pruebas psicométricas de inteligencia, este no desempeña un papel crucial para el diagnóstico y se da más énfasis al aspecto clínico. El nivel de severidad se define a partir del funcionamiento adaptativo del individuo que determina su nivel de supervisión requerido. Para los niños menores de 5 años, o aquellos a quienes no se les puede aplicar un instrumento estandarizado, se cuenta con la etiqueta de trastorno general del desarrollo. De igual manera, cuando se presentan problemas asociados que no permiten la realización de pruebas formales (ceguera, sordera, incapacidad motora), se emplea la etiqueta de discapacidad intelectual no especificada. Estas dos últimas son temporales y se deben de reevaluar con el tiempo.

En los trastornos de la comunicación, en el DSM-5 se observan cambios en la clasificación y denominación. Se elimina la distinción entre trastornos de la expresión y de la comprensión. También se incluye una nueva etiqueta denominada *trastorno pragmático de la comunicación*, que hace énfasis en la importancia del lenguaje en el contexto social. Respecto a los trastornos del aprendizaje,

se deja a un lado su clasificación como trastornos individuales e independientes y se reúnen en una única categoría denominada *trastorno específico del aprendizaje*, con especificadores según el área con mayor afectación. En cada habilidad académica se define el aspecto alterado, como es el caso de la lectura específica, en la cual se debe indicar si la dificultad se presenta en la precisión, la comprensión o la velocidad. Entretanto, se incluye un aspecto basado en el modelo de respuesta a la intervención en la cual, para poder establecer un diagnóstico de trastorno del aprendizaje, el niño o el adolescente debe haber tenido previamente una intervención dirigida a la dificultad. Otra de las novedades es la inclusión de especificadores de gravedad (leve-moderado-grave) según el deterioro y el impacto que la alteración genera en el funcionamiento global del individuo.

El TEA es una de las etiquetas más cuestionadas en el DSM-5, ya que reúne todos los trastornos generalizados del desarrollo del DSM-IV, en la que las condiciones como el trastorno autista, el trastorno de Asperger y del trastorno generalizado del desarrollo se incorporan en una misma categoría que se presenta en diferentes niveles de severidad, aludiendo al concepto de *espectro* (Londoño, 2019). Los criterios del DSM-5 son de gran utilidad para identificar los trastornos en niños mayores. Estos se pueden clasificar según el nivel de soporte requerido al analizar la comunicación social y las conductas repetitivas. En cuanto al TDAH, se presentan algunos cambios significativos, como el número de síntomas para niños, adolescentes y adultos. Otro aspecto es el criterio de edad para la aparición de síntomas (< 7 años para el DSM-IV y ≤ 12 años para el DSM-5). De igual manera, en el DSM se explica la variabilidad de los síntomas y la gravedad según el contexto. El criterio E especifica que el TEA ya no es criterio de exclusión para TDAH y ahora pueden diagnosticarse y tratarse como comorbilidades.

CIE-10 vs. CIE-11

En el capítulo v de la CIE-10, la categoría de trastornos mentales y del comportamiento incluye diferentes grupos diagnósticos. Entre estos se encuentran: 1) el retraso mental; 2) los trastornos del desarrollo psicológico, en los que se incluyen los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar, el trastorno específico del desarrollo psicomotor, el trastorno específico del desarrollo mixto, los trastornos generalizados del desarrollo y el trastorno del desarrollo psicológico sin especificación; 3) los trastornos del comportamiento y las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia, que incluyen los trastornos hiperkinéticos, los trastornos disociales y de las emociones mixtos, los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia, los trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia, el trastorno de tics y otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

La CIE-11 se lanzó en mayo de 2019. Frente a sus novedades, la OMS ha actualizado sus apartados para el siglo XXI, reflejando los avances críticos en la ciencia y la medicina. De igual manera, pretende integrarse bien con las aplicaciones y los sistemas de información electrónicos de salud. Esta versión es totalmente digital y su proceso de elaboración y revisión marca un nuevo precedente en la elaboración del manual. La nueva versión de la CIE ha simplificado las categorías y ha incluido las descripciones para que se entiendan y comprendan fácilmente por diferentes profesionales de la salud, como un médico de primer nivel o una enfermera. Esto facilitaría la identificación y el tratamiento temprano de la enfermedad y reduciría las brechas en salud mental, lo que fue uno de los objetivos

del DSM-5, especialmente en cuanto al trastorno del espectro autista (Lord et al., 2018).

Esta nueva versión digital cuenta con una plataforma enlazada directamente con el sitio web de la OMS (<https://icd.who.int/browse11/l-m/es>). El capítulo 6 lleva por título “trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo”. De manera general, la estructura de presentación de los diferentes grupos diagnósticos es similar al DSM-5, iniciando por los trastornos del neurodesarrollo y terminando con los trastornos neurocognitivos. El orden de los grupos es similar, con algunas convergencias y divergencias al incluir o excluir condiciones en otras categorías o como categorías independientes. Por ejemplo, la catatonía en el DSM-5 se incluye en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, mientras en la CIE-11 es una categoría independiente. Otra diferencia grande es la inclusión en la CIE-11 del trastorno del juego, presentando diferencias entre el juego por apuestas y el uso de videojuegos (en línea o fuera de línea). La revisión minuciosa de los diferentes profesionales en salud mental evidenciará las diferencias, las virtudes y limitaciones de la nueva versión de la CIE.

Frente a los trastornos del neurodesarrollo, la CIE-11 abarca los grupos de la CIE-10 de retraso mental y trastornos del desarrollo psicológico, con el agregado del TDAH. Se incluyen diferentes grupos diagnósticos, tales como los trastornos del desarrollo intelectual, los trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje, el TEA, los trastornos del desarrollo del aprendizaje, el trastorno del desarrollo de la coordinación motora, el trastorno por hiperactividad con déficit de la atención, el trastorno por movimientos estereotipados, los tics o trastornos por tics primarios, el síndrome secundario del neurodesarrollo, otros trastornos especificados del neurodesarrollo y otros trastornos del neurodesarrollo sin especificación.

DSM-5 vs. CIE 11

Es importante mencionar algunos aspectos atinentes al desarrollo de ambos manuales. El diseño de los CDDG de la CIE-11 coincidió en un periodo de tiempo con la producción del DSM-5, por lo que muchos grupos de trabajo de la CIE-11 formaban parte del grupo de expertos empleados para diseñar el DSM-5, en aras de minimizar las diferencias arbitrarias o aleatorias entre ambos manuales, aunque permitiendo algunas diferencias conceptuales justificadas (Reed et al., 2019). En la CIE-11, los grupos diagnósticos se denominaron de una forma ligeramente diferente de sus homólogos del DSM-5, aunque siguen siendo conceptualmente similares. Así mismo, se cambió la estructura de algunos capítulos y se reagruparon muchos trastornos. En ambos manuales, la secuencia de capítulos también se modificó para que los grupos relacionados de trastornos se ubicaran cerca unos de otros (Clark et al., 2017). Tanto en el DSM como en la CIE, los trastornos de la infancia y la adolescencia se ubican en su mayoría en un capítulo de trastornos del desarrollo neurológico, mientras el resto se distribuyen en otros capítulos según sus síntomas primarios, como es el caso del trastorno de ansiedad por separación que en ambos manuales se ubica en la categoría de trastornos de ansiedad.

Al analizar el apartado de trastornos del desarrollo neurológico de ambos manuales, se pueden observar algunas consistencias referentes a la presencia de grupos y trastornos específicos. También se identifican algunas divergencias en la denominación, la inclusión o la separación de algunas condiciones como trastornos independientes y no como parte de un grupo. La tabla 1 presenta los grupos y trastornos encontrados en ambos manuales, así como las diferencias en sus denominaciones.

Tabla 1. Grupos y trastornos presentes en el DSM-5 y en la CIE-11

DSM-5 (APA)	CIE-11 (OMS)
Trastorno del desarrollo neurológico	Trastorno del neurodesarrollo
Discapacidades intelectuales 1) Discapacidad intelectual. 2) Retraso general del desarrollo. 3) Discapacidad intelectual no especificada.	Trastornos del desarrollo intelectual 1) Trastorno del desarrollo intelectual. 2) Trastorno del desarrollo intelectual provisional. 3) Trastorno del desarrollo intelectual sin especificación.
Trastornos de la comunicación 1) Trastorno del lenguaje. 2) trastorno fonológico. 3) Trastorno de fluidez (tartamudez). 4) Trastorno de comunicación social (pragmático). 5) Trastorno de la comunicación no especificado.	Trastornos del desarrollo del habla o el lenguaje 1) Trastorno del desarrollo del sonido del habla. 2) Trastorno del desarrollo de la fluidez del habla. 3) Trastorno del desarrollo del lenguaje. 4) Otros trastornos especificados del desarrollo del habla o del lenguaje. 5) Trastorno del desarrollo del habla o del lenguaje sin especificación.
Trastorno del espectro del autismo	Trastorno del espectro autista
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno por hiperactividad con déficit de la atención
Trastorno específico del aprendizaje	Trastorno del desarrollo del aprendizaje
Trastornos motores 1) Trastorno del desarrollo de la coordinación. 2) Trastorno de movimientos estereotipados.	Trastornos del desarrollo de la coordinación motora Trastorno por movimiento estereotipados
Trastornos de tics 1) Trastorno de la Tourette. 2) Trastorno de tics vocales motores o vocales persistentes. 3) Trastorno de tics transitorio. 4) Otro trastorno de tics especificado. 5) Trastorno de tics no especificado.	Tics o trastornos por tics primarios 1) Síndrome de Tourette. 2) Trastorno por tic motor crónico. 3) Trastorno por tic fónico crónico. 4) Otros tics o trastornos por tics primarios especificados. 5) Tics o trastornos por tics primarios sin especificación.
Otros trastornos del desarrollo neurológico 1) Otro trastorno del desarrollo neurológico especificado. 2) Trastorno del desarrollo neurológico no especificado.	Síndrome secundario del neurodesarrollo Otros trastornos especificados del neurodesarrollo Trastornos del neurodesarrollo sin especificación

Inicialmente se puede observar que de forma general ambos manuales guardan una línea similar en cuanto a la denominación de grupo y en algunos trastornos específicos. La discapacidad intelectual en el DSM o el trastorno del desarrollo intelectual en la CIE presentan características similares en su definición. Ambos manuales consideran el análisis a partir de la conducta adaptativa y consideran cuatro niveles de severidad (leve, moderado, grave y profundo). La CIE-11 espe-

cifica las desviaciones típicas por debajo de la media en pruebas estandarizadas debidamente normalizadas. Cuando no se cuenta con instrumentos estandarizados se puede dar mayor confianza al juicio clínico a partir de una evaluación apropiada de indicadores comparables de comportamiento. Otro aspecto importante en ambos manuales es la presencia de una condición para describir alteraciones cognitivas en niños menores de cuatro años, o cuando no se puede llevar a

cabo una evaluación estandarizada (ceguera, sordera, problemas motores). Esta condición se denomina retraso general del desarrollo en el DSM o trastorno del desarrollo intelectual provisional en la CIE.

Al analizar los trastornos de la comunicación en el DSM o los trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje en la CIE, se logra identificar que respecto al trastorno fonológico y al trastorno del desarrollo del habla ambos manuales aluden a dificultades en el lenguaje vinculadas con la ininteligibilidad del habla. Se hace énfasis en la presentación de estas dificultades en las primeras fases del desarrollo y no se producen o explican por otras afecciones congénitas o adquiridas. El trastorno del desarrollo de la fluidez del habla y el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) están referidos a alteraciones en el flujo rítmico o temporal del habla y se consideran los mismos factores para el análisis cualitativo. El trastorno del desarrollo del habla o el lenguaje y el trastorno del lenguaje se refieren a dificultades en la adquisición, comprensión y producción del lenguaje en sus diferentes modalidades (hablado o por señas). Solo el DSM-5 considera la presencia del trastorno de la comunicación social (pragmática), la cual alude a las dificultades en el uso social de la comunicación de tipo verbal y no verbal.

Para el TEA, tanto el DSM como la CIE emplean la misma denominación. Se hace énfasis en las dificultades persistentes en la interacción y en la comunicación social, así como en los comportamientos e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles. Ambos manuales incorporan el autismo infantil y el síndrome de Asperger en una misma categoría (Reed et al. 2019), siendo esta una de las principales novedades. Los dos sistemas de clasificación concuerdan con la necesidad de especificar si el individuo tiene o no discapacidad intelectual o alteración del lenguaje. En el DSM-5 se hace por medio de especifica-

dores, mientras en la CIE-11 se realiza a través de subcategorías. Solamente el DSM plantea la posibilidad de determinar el nivel de gravedad, que va desde el grado 3 “necesita ayuda muy notable” hasta el grado 1 “necesita ayuda”. Estos grados se determinan al analizar la comunicación social y los comportamientos restringidos y repetitivos. De igual forma, el DSM-5 reconoce explícitamente que el TEA puede ir acompañado de otros trastornos, incluidos trastornos genéticos —p. ej., síndrome de X frágil— y afecciones psiquiátricas —p. ej., trastorno por déficit de atención con hiperactividad— (Lord et al., 2018.)

El trastorno específico del aprendizaje y el trastorno del desarrollo del aprendizaje consignados en los dos manuales hacen referencia a dificultades significativas y persistentes en el aprendizaje de habilidades académicas (lectura, escritura, matemáticas). Estas se encuentran por debajo de lo esperado para la edad cronológica y el nivel general de funcionamiento intelectual. Los dos manuales especifican las alteraciones en la lectura, en las cuales se deben tener en cuenta aspectos como la precisión, la velocidad o la fluidez y la comprensión lectora. En la escritura, ambos manuales consideran la precisión ortográfica, la precisión gramatical, la puntuación y la organización, así como la coherencia en las ideas escritas. En las matemáticas, se consideran aspectos como el sentido número, la memorización de operaciones aritméticas, el cálculo preciso y el razonamiento matemático correcto. En el DSM-5 se debe especificar la gravedad del déficit (leve, moderado, grave) según el número de aptitudes académicas comprometidas y el tipo de dificultades.

Cabe señalar que ambos manuales tienen una visión del aprendizaje muy centrada en las habilidades escolares, dejando por fuera las fallas en el aprendizaje de conductas que no requieren enseñanza formal, en las que se podría reconocer la presencia de

condiciones descritas en la literatura neuropsicológica, como el trastorno de aprendizaje no verbal (TANV).

En el DSM-5, los trastornos motores incluyen el trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC) y el trastorno por movimientos estereotipados (TME), mientras en la CIE-11 son condiciones independientes, como se pudo observar en la tabla 1. Ambos manuales coinciden en que en el TDC se presentan dificultades en las habilidades motoras finas y gruesas (torpeza, lentitud, imprecisión), por debajo de lo esperado para la edad. El TME sigue un mismo hilo conductor en la definición respecto a los movimientos repetitivos, aparentemente guiados y sin objetivo que se dan durante el periodo del desarrollo. En el DSM-5 se debe determinar si el TME está asociado a una afección médica o genética y especificar el grado de afectación (leve, moderado, grave), según las medidas de protección requeridas para la protección ante respuestas autolesivas.

En la CIE-11, la entidad esencial de los trastornos por tics se ubica en las enfermedades del sistema nervioso. Sin embargo, en el apartado de trastornos del desarrollo neurológico se ubican los trastornos por tics primarios (TTP), debido a su alta co-ocurrencia con otras condiciones del neurodesarrollo y el inicio típico durante el periodo de desarrollo (Reed et al., 2019). En los TTP se encuentra el síndrome de Tourette, el trastorno por tics motor crónico, el trastorno por tic fónico (vocal) crónico y los tics motores transitorios que concuerdan con los referenciados en el DSM-5. Tanto la CIE como el DSM coinciden en los tiempos de inicio de los síntomas y su duración, como es el caso del trastorno de tics transitorio, en el cual los síntomas deben estar presentes en un periodo de menos de un año.

En el TDAH, la CIE y el DSM intentan converger en una misma denominación. Así mismo, presentan similitudes en términos de tiempo, ya que los síntomas deben

estar presentes al menos durante 6 meses y manifestarse antes de los 12 años. La CIE-11 no establece un mínimo de síntomas como sí lo hace el DSM-5 (inatención > 6, hiperactividad/impulsividad > 6). Ambos manuales concuerdan con las tres presentaciones, es decir, predominantemente con falta de atención, hiperactividad/impulsividad y combinación. El DSM-5 especifica el nivel de afectación (leve, moderado, grave) según la cantidad de síntomas presentes.

La CIE-11 incluye el “síndrome secundario del neurodesarrollo”. Este es un síndrome que conlleva características significativas de una alteración del neurodesarrollo que no cumple con los requisitos diagnósticos de ninguno de los trastornos específicos del neurodesarrollo y que se considera una consecuencia fisiopatológica directa de una condición de salud no clasificada en los trastornos mentales y del comportamiento. Esta categoría debe usarse además del diagnóstico para el presunto trastorno o enfermedad subyacente cuando los problemas del neurodesarrollo son lo suficientemente graves como para requerir una atención clínica específica.

Uso de propuestas transdiagnósticas

Aunque ambas clasificaciones buscan mejorar la detección temprana, incluir aspectos acordes al neurodesarrollo y las situaciones acordes al curso de vida, se requiere un aporte a ambas clasificaciones para que incluyan otros aspectos que mejoren la percepción de otros determinantes que están relacionados con la génesis de las entidades y con su recuperación. Estos conceptos pueden aludir a aspectos cognitivos, emocionales, de aprendizaje, o a situaciones, procesos y mecanismos transdiagnósticos que subyacen a los trastornos emocionales y a otros trastornos mentales (Sandín et al., 2012).

Lo anterior ha alimentado críticas como la de una posición ideológica que ubica el

comportamiento en el centro de los enfoques científicos y de las terapéuticas consecuentes (Ferrari, 1997), incluso planteándolo como una metacategoría (en el caso de los trastornos del neurodesarrollo), excluyendo así la dimensión psíquica y restringiendo las acciones terapéuticas a la intervención farmacológica y la reeducación o el entrenamiento (Ribas, 1993). En este sentido, la propuesta de buscar un transdiagnóstico que integre ambas clasificaciones busca enfatizar en aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad que a veces sobrepasan los aspectos biológicos, fisiológicos y estructurales.

La Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud los define de la siguiente forma:

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas poner en marcha para hacer frente a la enfermedad. Estas circunstancias, a su vez, están determinadas por un conjunto más amplio de fuerzas: la economía, las políticas sociales y la política (OMS, 2008).

El modelo bioecológico transaccional muestra que múltiples factores en el macrosistema, por ejemplo la aceptación de la violencia; en el exosistema, por ejemplo la violencia en el barrio; en el microsistema, por ejemplo el estrés parental, y en el individuo, por ejemplo el sexo y el temperamento de un individuo pueden constituir factores de riesgo o protección al interactuar entre sí, en los que un desequilibrio negativo causado por exceso de riesgos y ausencia de factores protectores puede incrementar la probabilidad de exposición a la violencia (Cicchetti y Toth, 2005).

Los factores cognitivos, emocionales y comportamentales intersectan, aludiendo al concepto de interseccionalidad (Holman y Walker, 2020) con aspectos familiares, y estos, a su vez, con los dominios de los determinantes sociales que se agrupan e interactúan,

causando un determinismo recíproco frente a la forma de enfermar y de recuperarse, lo que se espera que sea un aporte más claro de nuevas clasificaciones de diagnóstico que centren la existencia humana como eje de intervención.

Conclusiones

Esta revisión ha permitido relacionar las diferencias y similitudes presentadas por los manuales diagnósticos más utilizados en salud mental, que son la CIE y el DSM, en sus versiones más recientes. Contar en su práctica diaria con dos manuales sincronizados y que apunten a una mirada convergente de la enfermedad facilitaría la comunicación entre los equipos interdisciplinarios de investigadores y clínicos que trabajan en el contexto de la salud mental, disminuyendo la denominación ambigua de categorías diagnósticas.

De manera general, esta revisión permitió identificar que tanto la CIE-11 como el DSM-5 presentan una estructura similar basada en el ciclo vital, así como similitudes y diferencias en algunos grupos diagnósticos. En este trabajo se logró establecer un paralelo en los trastornos del neurodesarrollo en ambas clasificaciones. Al analizar en retrospectiva, la CIE-8 y el DSM-II representaron el punto más alto de la armonización entre los dos sistemas y, tanto la OMS como la APA, evidenciaron un reclamo histórico legítimo sobre los fundamentos intelectuales de las clasificaciones modernas de los trastornos mentales (Clark et al., 2017). La CIE-10 y el DSM-IV fueron conceptualmente muy similares, pero también presentaron diferencias importantes. Esto se evidenció en que, de 176 categorías diagnósticas compartidas por los dos sistemas, solamente la categoría del trastorno de tic transitorio fue idéntica. Actualmente, en el DSM-5 y en la CIE-11, los trastornos del desarrollo neurológico enumeran las mismas categorías diagnósticas con algunas diferencias conceptuales, evidenciando

el trabajo articulado entre los grupos que participaron en el diseño y la consolidación de las clasificaciones.

Las descripciones más breves y simples de la CIE-11 podrían usarse cuando el tiempo y la conveniencia clínica práctica sean la prioridad. Los conjuntos de criterios más estructurados del DSM-5 serían el estándar para la investigación, la medicina forense y aquellos entornos clínicos que permitieran establecer un diagnóstico más preciso y confiable. El objetivo principal que cumpliría la CIE-11 debería servir como un sistema médico superior para la comprensión de los trastornos mentales, implementando un sistema de clasificación coherente con el DSM-5 (Doernberg y Hollander, 2016). No obstante, tomar el DSM-5 como referente de trabajo para el desarrollo de la CIE-11 podría haber sido un gran error, ya que el DSM-5 ha presentado un sesgo para aumentar la sensibilidad incluso reduciendo la especificidad. De igual modo, se ha considerado que la APA se apresuró en la publicación de su manual, pues al diseñarse no se contaba con las pruebas clínicas adecuadas, por lo que se esperaba que la CIE-11 estableciera un estándar más alto de evidencia científica, aspecto que se logró solucionar con los diversos estudios realizados en todo el mundo, con diferentes profesionales y en países con diferentes niveles de ingresos (Frances y Nardo, 2013).

La armonización de ambos manuales en los trastornos del neurodesarrollo permitiría generar datos de prevalencia más precisos, designar recursos económicos para la investigación en procesos de intervención farmacológica y no farmacológica, así como aumentar los esfuerzos en el trabajo de salud pública dirigida la promoción de la salud, la prevención y la detección temprana de la enfermedad. De igual manera, es importante mencionar que la armonización de los dos manuales y la perspectiva del CIE-11, centrada en los dife-

rentes momentos del desarrollo, facilitaría el seguimiento más extenso a diferentes condiciones que se siguen presentando incluso en la vida adulta, como el TDAH, del cual todavía se desconocen su forma de presentación y otras características particulares propias del ciclo vital.

Otro aspecto interesante que puede permitir la armonización de los manuales diagnósticos en lo social es la consolidación de diferentes grupos de autoayuda para las personas que presentan diferentes diagnósticos, pero principalmente para los cuidadores primarios de esta población que pueden presentar diferentes niveles de ansiedad, depresión, sobrecarga y otras manifestaciones físicas, producto del tiempo dedicado al cuidado de niños con diferentes trastornos del neurodesarrollo; se ha evidenciado que estrategias como la escuela de padres pueden disminuir los síntomas asociados en los cuidadores (García Mesa et al., 2021) y se convierten en una herramienta terapéutica importante. En el ámbito investigativo otro aspecto importante que se facilita con la armonización de los manuales es la ampliación de los grupos de investigación y la contrastación de los resultados independientemente de los criterios utilizados para la recolección de las muestra, lo que permitirá caracterizar de manera más precisa, establecer técnicas de intervención novedosas y generar espacios de apropiación del conocimiento con datos más precisos (Delgado-Reyes et al., 2020).

Finalmente, los autores esperan que este trabajo permita actualizar a los diferentes profesionales de la salud mental que trabajan con niños, niñas y adolescentes en las diferencias y similitudes entre la CIE-11 y el DSM-5, reconociendo que será la práctica clínica la que, al utilizar ambos manuales, irá determinando los aspectos positivos y negativos de su uso.

Referencias

- Botero-Franco, D., Palacio-Ortiz, J., Arroyave-Sierra, P. y Piñeros-Ortiz, S. (2016). Implicaciones clínicas de los cambios del DSM-5 en psiquiatría infantil. Fortalezas y debilidades de los cambios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 201-213. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.001>
- Cárdenas Reyes, L. A. (2008). Historia de la psiquiatría. En C. Gómez-Restrepo, G. Hernández-Bayona, M. I. Jordán-Quintero, A. Rojas-Urrego, H. Santacruz Oleas y M. Uribe-Restrepo (eds.), *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (pp. 3-12). Editorial Médica Panamericana.
- Cicchetti, D. y Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>.
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E. y Reed, G. M. (2017). Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest: A Journal of the American Psychological Society*, 18(2), 72-145. <https://doi.org/10.1177/1529100617727266>
- Delgado-Reyes, A. C., Ocampo Parra, T. L. y Sánchez López, J. V. (2020). Realidad virtual: Evaluación e Intervención en el Trastorno del espectro autista. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(1), 369-399. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2020/epi201r.pdf>
- Doernberg, E. y Hollander, E. (2016). Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 295-299. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000262>
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1) 65-74. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art07.pdf>
- Ferrari, P. (1997). Principaux courants, principaux modèles. En R. Misès y P. Grand (aut.), *Parents et professionnels devant l'autisme*. CTNERHI.
- First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E. y Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 82-90. <https://doi.org/10.1002/wps.20189>
- Frances, A. J. y Nardo, J. N. (2013). ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. *British Journal of Psychiatry*, 203(1), 1-2. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127647>
- García, J. (2010). Clasificación. En R. J. Toro Greiffenstein, L. E. Yepes Roldán y C. A. Palacio Acosta (eds.), *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría* (pp. 56-62). Corporación para Investigaciones Biológicas. <https://booksmedicos.org/fundamentos-de-medicina-psiquiatria-5a-edicion/>
- García Mesa, D., Delgado-Reyes, A. C. y Sánchez López, J. V. (2021). Calidad de vida y sobrecarga en cuidadores primarios de población infantil con Trastorno del Espectro Autista de la ciudad de Manizales. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología*, 20(2). <https://doi.org/10.18270/chps.v20i2.3666>
- Gómez Rivadeneira, A. (2015). Clasificación Internacional de enfermedades (CIE): descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. *Investigaciones en Salud*, 7(1) 66-73. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>
- González, A. (2010). Historia de la psiquiatría. En R. J. Toro Greiffenstein, L. E. Yepes Roldán y C. A. Palacio Acosta (eds.), *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría* (pp. 1-7). Corporación para Investigaciones Biológicas. <https://booksmedicos.org/fundamentos-de-medicina-psiquiatria-5a-edicion/>
- González-Morales, A. (2016). Las clasificaciones psiquiátricas actuales y su relación con el estatus científico de la psiquiatría. *Norte de Salud Mental*, 14(54), 11-19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5401179>