

PsYcœspacios

ISSN-e: 2145-2776

Vol. 15, Nº 27, julio-diciembre 2021



Impacto emocional y conductual en profesionales de la salud que trataron a pacientes con comportamiento suicida en Antioquia

Emotional and behavioral impact on health professionals that treated patients with suicidal behavior in Antioquia

ANGIE VANESSA ARIAS HERNÁNDEZ^a
Universidad Católica Luis Amigó, Colombia
<https://orcid.org/0000-0001-6258-8637>

LAURA ANDREA ROLDÁN SÁNCHEZ
Universidad Católica Luis Amigó, Colombia
<https://orcid.org/0000-0003-2279-6372>

YULIETH KATERINE TOBÓN MIRA
Universidad Católica Luis Amigó, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-6040-7297>

JENNYFER SALINAS LÓPEZ
Universidad Católica Luis Amigó, Colombia
<https://orcid.org/0000-0001-5222-1209>

DANIELA GUTIÉRREZ FIGUEROA
Universidad Católica Luis Amigó, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-2554-4894>

MARÍA ISABEL POSADA VÁSQUEZ
Universidad Católica Luis Amigó, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-7188-6713>

Recibido: 28 junio 2021 • Aceptado: 6 septiembre 2021 • Publicado: 7 octubre 2021

Cómo citar este artículo: Arias Hernández, A.V., Roldán Sánchez, L.A., Tobón Mira, Y. K., Salinas López, J., Gutiérrez Figueroa, D. y Posada Vásquez, M.I. (2021). Impacto emocional y conductual en profesionales de la salud que trataron a pacientes con comportamiento suicida en Antioquia. *Psicoespacios*, 15(27). <https://doi.org/10.25057/21452776.1412>

^aAutor de correspondencia: angie.ariashe@amigo.edu.co

Resumen

El objetivo del texto es identificar el impacto emocional y conductual en profesionales de la salud que trataron a pacientes con comportamiento suicida en Antioquia. Como metodología, se realiza una investigación formativa a través de un diseño cualitativo, desde un paradigma interpretativo con enfoque fenomenológico, y se analizan los datos utilizando la triangulación. La población de estudio se contacta por mediación virtual: se cuenta con un total de 14 entrevistados, entre ellos profesionales de la salud de primer y segundo nivel de atención y practicantes de psicología. Para la recolección de la información se emplea el consentimiento informado y la entrevista semiestructurada mediante la plataforma de Google Forms. En cuanto al impacto emocional, se encuentra que los aspectos más frecuentes y nombrados por los profesionales son tristeza, preocupación, miedo, sensación de frustración, en algunos casos satisfacción, en otros impotencia, por lo que se concluye entonces que surgen diferentes emociones al tratar pacientes con comportamiento suicida, además de la presencia de ansiedad. Se evidencia un contraste con relación a estudios previos en otros países donde se nombraba la remisión y por ello la evitación como principal solución en el abordaje de pacientes con comportamiento suicida, a diferencia de los entrevistados, para los que la remisión es el último recurso, debido a la mayor sensibilización, formación y capacitación frente al tema. Se identifica como principal hallazgo que, cada vez más, los profesionales de la salud y psicosociales refieren la importancia del cuidado personal para poder tramitar el impacto emocional, cognitivo y conductual al tratar el comportamiento suicida.

Palabras clave: comportamiento suicida, profesionales de la salud, impacto emocional, impacto conductual, estrategias de contención.

Abstract

Objective: to identify the emotional and behavioral impact on health professionals that treated patients with suicidal behavior in Antioquia. Methodology: formative research, through a qualitative design, from an interpretative paradigm with a phenomenological approach, an information analysis is carried out using triangulation. The study population is contacted by virtual mediation, with a total of 14 interviewees, including first and second level health professionals, also psychology practitioners. Informed consent and the semi-structured interview are used to collect the information through the google forms platform. Results: regarding the emotional impact, the most frequent aspects mentioned by the professionals are sadness, worry, fear, feeling of frustration, satisfaction and helplessness, thus finding different emotions when approaching patients with suicidal behavior; also manifesting the presence of anxiety. Discussion: a contrast is found in relation to previous studies in other countries of the world where remission was named and therefore avoidance as the main solution in the approach to patients with suicidal behavior, unlike those interviewed, where remission is the last resource they use, due to the greater awareness, education and training on the subject. Conclusions: it is identified as the main finding that more and more health and psychosocial professionals refer to the importance of personal care to be able to process the emotional, cognitive and behavioral impact when addressing suicidal behavior.

Key words: Suicidal behavior, Health professionals, Emotional impact, Behavioral impact and Containment strategies.

Introducción

La presente investigación formativa se desarrolló en un momento histórico en el mundo, debido a la pandemia por covid-19, por lo que se dio un acceso complejo a la informa-

ción recogida, en vista de que la población estudiada, los profesionales de la salud, eran en su mayoría primera línea de atención en salud y tenían tiempos limitados para ofrecer.

Se pretende dar a conocer los efectos que influyen en el bienestar físico, psicológico y conductual en profesionales que atienden pacientes con comportamiento suicida. Por comportamiento suicida, según la Organización Mundial de la Salud (2014), “se entiende una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho” (p. 12). Como fundamento para esta investigación formativa es necesario delimitar dicho concepto clave.

En este comportamiento no solo se ve implicada la persona que presenta el comportamiento suicida, puesto que, según la terminología suicidológica, no solo son supervivientes aquellos que sobreviven a un suicidio, sino también aquellas personas vinculadas afectivamente a una persona que fallece por suicidio, entre ellos los profesionales que lo asistieron (Pérez Barrera, 2006). Por tanto, los profesionales de la salud pueden verse afectados, debido a que se genera una relación entre el paciente y el profesional que puede evidenciar la presencia de vínculo transferencial.

Ahora bien, dicha afectación puede generar en estos profesionales un impacto emocional, el cual se entiende como:

Fuerte repercusión psicobiosocial, producida por un estado emotivo intenso y de breve desarrollo (emoción). Ese complejo proceso es iniciado por diversos factores incluidos en una situación, significativa para el sujeto o el grupo humano. Es una cualidad de los estados emotivos personales, grupales y masivos. Tiene manifestaciones a diferentes niveles: subjetivo; neurofisiológico; e interaccional. Incide positiva o negativamente en diferentes funciones: adaptación corporal; comunicación social y registro subjetivo-cognitivo (Sainz, 2003, p. 37).

Por tanto, intervenir el comportamiento suicida puede causar en los profesionales emociones debido a la presión que ejerce dicha situación, puesto que se encuentra en

un riesgo inminente la vida de su paciente; además podría enfrentarse a procesos legales, confrontar a los familiares del paciente o a los compañeros de trabajo, entre otros aspectos que pueden afectar el estado emocional del profesional.

De dicho impacto emocional se deriva uno conductual, por lo que se generan cambios comportamentales en los profesionales de la salud. El impacto conductual se define como “aquella forma en que se comporta, reacciona o se responde ante determinada situación, esta se da ya sea por un fin, una motivación o una causalidad” (Grisales Bermúdez et al., 2019, p. 11). Estos cambios no solo pueden presentarse en la vida laboral del profesional, sino, asimismo, en todas las esferas de su vida, que pueden generar el estar más alerta y una predisposición con sus futuros pacientes, remisiones más constantes e incluso la deserción de su carrera, entre otras.

Finalmente, y por todo lo mencionado anteriormente, la presente investigación formativa tiene como objetivo identificar el impacto emocional y conductual en profesionales de la salud del departamento de Antioquia, luego de tratar a pacientes con comportamiento suicida entre febrero de 2020 y enero de 2021.

Método

Diseño

La presente investigación formativa se lleva a cabo con base en el paradigma cualitativo, el cual según Galeano Marín (2018) apunta a la comprensión de la realidad desde un proceso histórico en el que participan diversos actores sociales y se rescatan las particularidades de los procesos sociales. Asimismo, se utiliza el enfoque fenomenológico el cual pretende “explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común

de tales vivencias” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 493). Se opta por este método y enfoque, debido a que permiten un contacto más directo con la población estudiada desde sus subjetividades y su contexto.

Además, se lleva a cabo teniendo en consideración el paradigma interpretativo el cual, “dirige su atención a aquellos aspectos no observables, ni medibles, ni susceptibles de cuantificación (creencias, intenciones, motivaciones, interpretaciones, significados para los actores sociales), interpreta y evalúa la realidad, no la mide” (Santos Rivera, 2010, pp. 5-6). Este paradigma nos permite interpretar sus percepciones para llegar a un conocimiento, en este caso sus vivencias con pacientes con comportamiento suicida.

Población

La población con la que se realiza la presente investigación formativa está conformada por un total de 14 entrevistados, entre ellos practicantes de psicología y profesionales de la salud, los cuales atienden personas a través del sistema primario de salud, como lo son los enfermeros y médicos, asimismo profesionales del segundo nivel de atención, como lo son los psicólogos del departamento de Antioquia.

Los criterios de inclusión para la población anteriormente mencionada exigen que sean profesionales y practicantes de la salud de primer y segundo nivel, que se encuentren desempeñando su labor y que hayan tenido experiencias con pacientes con comportamiento suicida; además, que se encuentren ubicados en el departamento de Antioquia.

Instrumento

La recolección de datos se hace por medio de entrevistas semiestructuradas, a través de la plataforma de Google Forms, las cuales “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir

preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 118), “debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados” (Díaz-Bravo, 2013, p. 163). Este instrumento nos permite abordar las narrativas de la población estudiada de una manera más abierta, permitiendo guiar a los profesionales de la salud en su relato, pero sin limitar sus experiencias, posibilitando ahondar más en su discurso.

Procedimiento

La presente investigación formativa se efectuó con un procedimiento que consta de las siguientes fases:

Fase I. En un primer momento se construye el instrumento para la recolección de los datos; posteriormente se genera la aplicación de una prueba piloto, al igual que la elaboración y aplicación del consentimiento informado, con docentes y practicantes de la Universidad Católica Luis Amigó con el fin de hacer las oportunas correcciones del instrumento.

Fase II. Se lleva a cabo la aplicación del instrumento con el personal de atención primaria en salud (enfermeros y médicos) y de segundo nivel de atención (psicólogos) al igual que con practicantes de dichas profesiones.

Fase III. A partir de la información recolectada en las entrevistas semiestructuradas aplicadas, se procede a efectuar un análisis de dicha información por las categorías y subcategorías planteadas en la presente investigación formativa.

Fase IV. Finalmente, se realiza la construcción del artículo de los resultados, a partir de los datos arrojados por el instrumento y para lo cual se crean matrices en Excel que permiten triangular la información y contrastar con la documentación recolectada que se

llevó a cabo para realizar la investigación, logrando dar respuesta a la pregunta planteada.

Consideraciones éticas

La presente investigación formativa cuenta con la aplicación de un consentimiento informado, teniendo en cuenta las consideraciones éticas expuestas en el artículo 29 de la Ley 1090 de 2006 que refiere:

La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata, o en el caso de que el medio utilizado conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo y explícito (Congreso de la República, 2006, art. 29, Ley 1090).

Por lo anterior, se comprende la importancia de velar por la confidencialidad de los participantes, por lo que se presentó el consentimiento informado que garantiza a la persona que participa de la investigación que su identidad no será revelada y que los datos obtenidos solo serán usados durante la investigación formativa para fines netamente académicos.

Resultados

Impacto emocional

Con relación al primer objetivo, que propone “indagar las experiencias que generaron impacto emocional en los profesionales de la salud del departamento de Antioquia frente al abordaje de pacientes con compor-

tamiento suicida”, se destaca la respuesta a la siguiente pregunta: ¿cree usted que la motivación por su profesión se ha visto afectada en algún momento por trabajar con pacientes con comportamiento suicida? El 78 % de los profesionales de la salud respondieron que no ha cambiado su motivación y el 22 % refiere que sí.

Además, se indagó si ¿han pensado cambiar de carrera luego de intervenir un paciente con comportamiento suicida?, a lo cual el 100 % respondió negativamente al interrogante.

Asimismo, se les preguntó si al trabajar con pacientes con comportamiento suicida han experimentado alguna de las siguientes emociones: tristeza, preocupación, miedo, culpa, autoculparse, atribución de culpa a otros, arrepentimiento, enfado, vergüenza, frustración y shock emocional—este último definido por la Universidad Industrial de Santander (2014) como un cambio repentino en el entorno de la persona que provoca emociones que se expresan de manera explosiva, lo cual incapacita los mecanismos de enfrentamiento, dado que no existe un aviso previo que permita al individuo asumir el impacto—. Se halló que las emociones más frecuentes en los profesionales de la salud son tristeza, preocupación, miedo y sensación de frustración; además se manifiesta la presencia de ansiedad y, adicionalmente, un profesional de medicina añadió que experimenta satisfacción. Asimismo, otro profesional de enfermería dijo sentir impotencia. Como se puede constatar en la tabla 1, hay diferentes emociones que surgen en los profesionales entrevistados en el contexto de su trato con pacientes que presentan comportamientos suicidas.

Tabla 1. Emociones en los profesionales de la salud ante el abordaje de pacientes con comportamiento suicida

Emociones	Resultados en porcentaje
Tristeza y preocupación	71,42 %
Ansiedad	57,14 %
Sensación de frustración	50 %
Miedo	42,85 %
Culpa	21,42 %
Enfado	21,42 %
Autoculparse	14,28 %
Vergüenza	14,28 %
Choque (shock emocional)	14,28 %
Arrepentimiento	7,14 %
Culpar a otros	7,14 %
Satisfacción	7,14 %
Impotencia	7,14%

Nota: Frecuencia de emociones aludidas por los 14 entrevistados.

Posteriormente, se les pregunta a los profesionales de la salud si creen que trabajar o atender pacientes con comportamiento suicida es una mayor carga y presión laboral, y se les pide que justifiquen su respuesta. Al respecto, responde lo siguiente un profesional de psicología: “sí, porque implica estar en acompañamiento permanente no solo con el paciente, sino con su núcleo familiar y demás personas cercanas en el proceso de contención emocional, y porque es una carrera contra el tiempo”. Respuesta semejante brinda la mayoría de los profesionales. Sin embargo, un practicante de psicología manifiesta lo siguiente. “No. Ningún paciente, por compleja que sea su situación, debe ser motivo de carga o presión laboral”.

Impacto conductual

Se planteó un segundo objetivo orientado a “describir los efectos conductuales que generaron las experiencias emocionales en la

atención de pacientes con comportamiento suicida.” Con respecto a ello, se realizó la siguiente pregunta: ¿ha experimentado algunos de los siguientes cambios (estar más alerta, estar a la defensiva, presionarse a sí mismo o perturbaciones en el sueño) en sus comportamientos al trabajar o intervenir pacientes con comportamiento suicida? Ante este interrogante los profesionales de la salud manifestaron que el cambio más experimentado a nivel comportamental es el estar más alerta. Además, un profesional de psicología expone que presenta otro aspecto en su impacto conductual: “identificar con mayor agudeza síntomas que no están en la literatura sobre el tema del suicidio, ver más allá de los discursos y las palabras y estar más alerta”. Este fue uno de los cambios que en este profesional se presentó como consecuencia de la atención de un suicidio consumado de un paciente.

Asimismo, se destaca la respuesta que brindó una profesional de psicología a la pregunta acerca de la forma en que puede afectar sus vidas personales el vivenciar la muerte de un paciente por suicidio. Expuso la profesional lo siguiente: “me genera ansiedad por preocupación, es decir, todo el tiempo estar pensando que en la crianza de mis hijas, en mi esposo, en mi familia extensa haya alguien con ideación y yo no alcance a ayudarlo, esto es muy fuerte porque cuando alguien de mi familia me lo refiere me angustio sobre manera, esto me mueve a buscarles ayuda, pero estoy clara que no puedo ser su terapeuta y me molesta ver que algunos colegas no le den suficiente importancia por desconocimiento del tema a la atención profesional”. Esta respuesta da cuenta de una preocupación general de los entrevistados.

Adicionalmente, en cuanto al interrogante: ¿cómo cree usted que pudo o puede afectar su vida profesional el vivenciar la muerte de un paciente por suicidio?, cuatro de los entrevistados, entre ellos una médica,

dos psicólogos y una enfermera, exponen que la conducta que emerge es capacitarse más sobre el tema, para tener mejores herramientas y estrategias de prevención para abordar el comportamiento suicida. Asimismo, frente a la misma pregunta, un practicante de psicología refiere: “me sentiría insegura al atender otro paciente con rasgos suicidas”. En definitiva, por lo que más optan los profesionales es por formarse y adquirir mayores habilidades para la intervención de pacientes con comportamiento suicida.

De la misma manera, se indagó sobre si alguna vez se han visto emocionalmente implicados en un caso de un paciente con comportamiento suicida a tal punto que han optado por remitir, a lo que el 71 % de los entrevistados respondió que no remite y el 29 % que prefieren contrarreferenciarlo.

Medios de contención

Finalmente, se plantea un tercer objetivo en busca de “analizar las estrategias que generaron los profesionales para gestionar el impacto emocional y conductual, derivado del abordaje de pacientes con comportamiento suicida.” En este sentido, se buscó conocer si los profesionales al verse afectados por el comportamiento suicida de sus pacientes acudieron a ayuda terapéutica, y se les pidió que, si gustaban, contaran brevemente su experiencia. Un profesional de medicina respondió de esta forma: “sí. Tenía un grupo Balint de psicoterapia (grupo de apoyo al apoyo para trabajar la relación médico-paciente) con otros psiquiatras”. Igualmente, la mayoría de los entrevistados afirmaron asistir a terapia; sin embargo, algunos de ellos, como un practicante de psicología, no han optado por ese medio; y un profesional de enfermería comunica: “no, no, para nada, de pronto porque yo creo que no la necesité, o sea, eso no me ha afectado tanto al punto de... pero no sé, no, no, simplemente fue trabajo”. La

mayoría de los entrevistados deciden realizar su propio proceso terapéutico; sin embargo, no es la principal elección en todos los casos.

De manera similar, se les preguntó a los profesionales si han llevado a cabo alguno de los siguientes medios de contención (diálogo con colegas, estar inmerso en alguna creencia, estar inmerso en actividades recreativas, redes de apoyo al apoyo) para aquel impacto emocional y conductual que causa el trabajar o intervenir pacientes con comportamiento suicida. A lo que se encuentra que los medios de contención más utilizados por los entrevistados son el diálogo con colegas, que se representa con un 100 %, y las redes de apoyo al apoyo, elegido por un 71 % de los entrevistados.

Por último, se observa que la totalidad de los sujetos encuestados respondieron de forma afirmativa a la pregunta: *¿considera necesario que las instituciones presten redes de apoyo al apoyo, así como psicoeducación y orientación, para ustedes como profesionales de la salud, con el fin de ayudarlos en estas situaciones de su quehacer profesional?* Se destaca lo que enuncia un profesional de enfermería: “claro, sería super, super importante, hace mucha falta, yo creo que ninguna institución tiene eso establecido, nada, cero, pues quien nos pregunta a nosotros: *¿y usted cómo se siente después de eso?* Nadie, nadie se preocupa por eso”. La respuesta anterior fue un punto en común entre los profesionales de la salud.

Discusión

Según un estudio realizado por Gibbons et al. (2019) a 120 psiquiatras, con posterioridad al suicidio consumado de un paciente, el impacto emocional en los profesionales de la salud se manifiesta en:

Tristeza (N = 85, 71 %); preocupación, ansiedad y miedo (N = 40, 33 %); culpa y

autoculparse (N = 36, 31%); arrepentimiento (N = 24, 20 %); enfado (N = 23, 19 %); vergüenza (N = 16, 13 %); choque (N = 15, 12 %); y culpar a otros (N = 4, 3 % (p. 237).

Como se evidenció en la tabla 1, se encuentra en el contexto de los profesionales de Antioquia, Colombia, que las emociones más frecuentes en los entrevistados son tristeza, preocupación, ansiedad, miedo y sensación de frustración (siendo esta última agregada por las entrevistadoras en la encuesta). Así, se confirma lo mencionado por la teoría, aunque aparece en una menor medida el arrepentimiento y el autoculparse, lo que constituye una variabilidad en los resultados con esta población de estudio. El culpar a otros es muy poco experimentado por los entrevistados en ambos estudios, es decir que se afirma la teoría, aun cuando solo un profesional de psicología expone haber sentido arrepentimiento y haber culpado a otros.

Las demás emociones siguen al margen de la frecuencia presentada por el estudio citado con anterioridad, teniendo en consideración la diferencia en la cantidad de la población estudiada. Igualmente, cabe resaltar que un profesional de medicina afirmó que experimentó satisfacción, y otro de enfermería expuso que sintió impotencia, siendo estas emociones emergentes no halladas en la teoría.

En consecuencia con dicho impacto, según Partarrieu (2018):

Los profesionales de la salud suelen estar bajo el estrés psicosocial ante las expectativas de cambio, metas y demandas de logros terapéuticos a los cuales deben responder, cuando esto no ocurre y los intentos de cambiar la situación han fracasado, aparecen los síntomas del burnout los cuales pueden ser agotamiento físico y emocional, distanciamiento y cinismo hacia los pacientes, además de una poca satisfacción por su trabajo, ya que los logros en el tratamiento son percibidos como escasos o inexistentes. También se encuentra que los psicoterapeutas tienden

a la autoevaluación crítica, siendo esta la razón por la que podrán ser más vulnerables al estrés psicosocial al percibir no alcanzar los logros terapéuticos que concuerden con sus altos estándares de desempeño (p. 105).

Sobre este particular, se evidencia en los entrevistados una fuerte repercusión en cuanto a la inseguridad al momento de atender futuros pacientes con comportamiento suicida, al igual que poca satisfacción por no lograr un tratamiento con éxito, lo que está emparentado a un agotamiento físico y emocional en estos profesionales por ponerse más alertas y autoexigirse constantemente (capacitarse, adquirir mayores conocimientos y estrategias), hechos que generan a su vez emociones negativas respecto a su quehacer y afectan su salud mental.

Cabe resaltar un factor emergente en las entrevistas: cuando el profesional siente que hizo todo lo que pudo, como lo expresa un practicante de psicología, al creer que se obró bien, es posible que no le surjan culpas y, por ende, que el suicidio consumado de un paciente no tenga repercusiones negativas en su salud mental.

Ahora bien, haciendo referencia a la población de los psicoterapeutas, pueden verse afectados por el síndrome de *burnout*, el cual es un estado emocional que acompaña a una sobrecarga de estrés y que eventualmente impacta la motivación interna, las actitudes y la conducta. Este síndrome se ha descrito como agotamiento emocional, malestar somático, sentimientos de desequilibrio, pérdida de motivación y sensación de fracaso, producto de excesivas demandas de energía, fuerza y recursos. Esto suele suceder porque en esta profesión se crean relaciones estrechas con cada uno de los pacientes y es allí donde se ven involucrados los problemas emocionales tanto del terapeuta como del paciente, los cuales tienen repercusión en la vida personal de aquel (Arenas Lugo y Sierra Franco, 2019; Bianchini Matamoros, 1997). Para ejemplifi-

car qué tan involucrados emocionalmente se pueden encontrar por el suicidio consumado de un paciente, es pertinente compartir lo que uno de los psicólogos entrevistados refirió: “Creo que sería un shock emocional y que me haría cuestionarme muchas cosas”. Respuestas similares fueron dadas por la mayoría de los profesionales entrevistados, lo que confirma la teoría encontrada, puesto que su emocionalidad y su salud mental pueden verse afectadas. Asimismo, con base en las respuestas, los practicantes de psicología son los que aluden más impacto personal.

Por su parte, un profesional de enfermería afirma lo siguiente: “pues no, la verdad no, en mi vida personal no me afecta”. Es destacable esto, que se cuenta no solo con la visión de los psicoterapeutas como lo afirmaba la cita anterior, sino también con la de otros profesionales de la salud, encontrándose que algunos de los participantes identifican que tendrían afectaciones personales si sus pacientes perdieran la vida por suicidio, mientras que en otros se logra evidenciar que tienen muy presente su distanciamiento frente a los roles que asumen en una relación profesional, sin permitir que situaciones como estas repercutan en su vida personal.

Al mismo tiempo, el suicidio consumado de pacientes en la práctica clínica genera la modificación de conductas en los profesionales, tanto en la evaluación como en el tratamiento. Con referencia a lo encontrado en diversos artículos, se evidenció que los efectos en la vida personal del médico frente al suicidio de un paciente son: presencia de irritabilidad, sensación de ineficacia en el afrontamiento de problemas familiares y perturbaciones del sueño, lo cual desencadena cambios futuros como el estar más conscientes del riesgo suicida y una aproximación más defensiva ante los pacientes, generando esto también la evitación de futuros pacientes con comportamiento suicida y, en consecuen-

cia, la presentación frecuente de remisiones (Guzzo et al., 2018; Aranciba et al., 2017).

Por lo anterior, los profesionales de la salud manifestaron que el cambio comportamental con más frecuencia experimentado es el estar más alertas y solo dos de los entrevistados (psicólogos ambos) manifiestan haber experimentado perturbaciones en el sueño (insomnio). Un profesional de psicología expone que se presenta otro aspecto en su impacto conductual: “Identificar con mayor agudeza síntomas que no están en la literatura sobre el tema del suicidio, ver más allá de los discursos y las palabras y estar más alerta”; modificación en la conducta emergente que no se halla en la teoría.

En cuatro de los entrevistados (una médica, dos psicólogos y una enfermera) se evidencia la necesidad de capacitarse más sobre el tema, debido a la poca habilidad que se tiene para atender e intervenir a un paciente con comportamiento suicida; buscan tener mejores herramientas y estrategias de prevención para tratar el comportamiento suicida.

En cuanto a la remisión de futuros pacientes con comportamiento suicida se halló que la mayoría de los profesionales no optan en primera instancia por remitir, lo cual corresponde al 69,2 % y, en contraste, el 30,8 % ha optado por remitir. Cabe resaltar que, en este grupo de profesionales, la última instancia fue evitar a sus pacientes (remisión), dirigiéndose más a un acercamiento en cuanto a su competencia y formación, para llevar a cabo un ejercicio pertinente de su profesión.

Por otra parte, en cuanto a cómo se puede ver afectada la motivación profesional, a tal punto de optar por abandonar la carrera, se encontró en un estudio realizado con 121 médicos, el cual “describe que más de un tercio de los entrevistados manifestaron optar por un cambio de carrera luego de experimentar el suicidio de un paciente” (Sherba et al., 2018). Sin embargo, esta información

manifestada por la documentación recolectada y rastreada es negada en este grupo de entrevistados, debido a que ninguno de ellos ha optado por un cambio de profesión luego de este suceso, respondiendo el 100 % de manera negativa.

Finalmente, en cuanto a las estrategias que llevan a cabo los profesionales, De Santiago Sánchez (2020) manifiesta que los psicólogos mencionan lo importante que consideran el mantener un cuidado personal que amortigüe los sentimientos de angustia, frustración o desesperanza, llevando a cabo una búsqueda de apoyo desde la profesión (diálogo con colegas, la socialización de conocimiento, la experiencia, la formación terapéutica y la supervisión) y desde lo personal (actividades de recreación, el apoyo familiar o el acercamiento a la religión) (p. 197). Los anteriores son considerados medios de contención para hacer frente a circunstancias difíciles en su quehacer.

Con relación al cuidado personal, Unzueta Callirgos (2018) destaca la relevancia de la supervisión y del propio análisis, como medios para desarrollar y potenciar recursos propios, como el control y regulación de las emociones, que les facilite el manejo de la psicoterapia con este tipo de pacientes. Por esto, la gran mayoría de los sujetos estudiados afirman la importancia de llevar a cabo dicho cuidado.

En cuanto a la búsqueda de apoyo desde la profesión, se encuentra que los medios de contención más utilizados por los entrevistados son el diálogo con colegas, que se representa con un 100 %, y las redes de apoyo al apoyo, representado por un 71 %; adicional a esto, la mayoría expuso que lleva un proceso terapéutico, y que este es importante para contar su experiencia.

Cabe agregar que, respecto a lo personal, cinco de los profesionales dijeron estar inmersos en alguna actividad recreativa como la meditación, la práctica de un depor-

te, entre otros. Asimismo, una psicóloga y dos practicantes de psicología afirmaron que tienen acercamiento a la religión, y solo una de las practicantes mencionadas manifiesta apoyarse en su familia.

Gvion et al. (2020) refieren que es mayor la probabilidad de que un terapeuta decida tratar a un paciente si se considera con las competencias necesarias y si dispone de las herramientas requeridas. A partir de esto, se destaca que un medio de contención emergente en este grupo de profesionales de la salud es obtener más información sobre el tema del suicidio, sintiéndose más capacitados y seguros a la hora de abordarlo.

La investigación formativa acerca del impacto emocional y conductual en profesionales de la salud del departamento de Antioquia derivado de su trato con pacientes que presentaban comportamiento suicida entre febrero de 2020 y enero de 2021 permitió identificar un cambio en la conducta de estos profesionales. Se constató que hubo en ellos efectos emocionales cognitivos y conductuales, que en algunos se modificó su actuar clínico reforzando su formación y compromiso, pero también se generaron, en una minoría, conductas evitativas a favor de la remisión de estos pacientes hacia profesionales con mayor experticia en el tema.

Por último, se resalta como hallazgo la relevancia que expresan los profesionales de incrementar los medios de contención para aliviar los impactos emocionales y conductuales causados, tales como el llevar a cabo su propio proceso terapéutico, para afrontar las contingencias en su quehacer profesional.

Conclusiones

Los profesionales de la salud, médicos y psicosociales afirman que el abordaje de pacientes con comportamiento suicida les ha generado mayor agudeza; el hecho de tener presentes síntomas que no están en la litera-

tura sobre el tema del suicidio les permite ver más allá de los discursos y de las palabras de sus pacientes y estar más alertas al momento de tratarlos.

Los profesionales de la salud y psicosociales se sienten mayormente comprometidos con la necesidad de capacitarse con el propósito de adquirir mejores herramientas que les permitan continuar fortaleciendo las diferentes estrategias de prevención generadas para el abordaje integral de la problemática del comportamiento suicida.

La remisión es el último recurso que emplean los profesionales de la salud y los psicosociales, dado que hay mayor sensibilización, formación y capacitación para hacerse responsables de la atención integral del comportamiento suicida.

Cada vez más, los profesionales de la salud refieren la importancia del abordaje terapéutico para poder tramitar el impacto emocional cognitivo y conductual que genera el comportamiento suicida.

Referencias

- Aranciba, M., Martínez, J. C., y Madrid, E. (2017). Enfrentando el suicidio de un paciente: el impacto sobre los médicos. *Medwave*, 17(06). <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Comentario/6986>
- Arenas Lugo, L. Y, y Sierra Franco, M. I. (2019). *Impacto del burnout del psicólogo en la relación terapéutica* [tesis de pregrado, Universidad Católica de Pereira]. *Repositorio UCP*. <http://hdl.handle.net/10785/5557>
- Bianchini Matamoros, M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13-14(2-1-2), 189-192. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017&lng=en&tlng=es.
- Colombia, Congreso de la República. (2006, 6 de septiembre). *Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico de Bioético y otras disposiciones*. *Diario Oficial* 46 383.
- De Santiago Sánchez, V. M. (2020). El trabajo con pacientes suicidas desde la perspectiva del psicoterapeuta. *Revista Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 26(51), 185-200. <https://www.redalyc.org/journal/316/31662848008/html/>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v2n7/v2n7a9.pdf>
- Galeano Marín, M. E. (2018). *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada*. Universidad de Antioquia.
- Gibbons, R., Brand, F., Carbonnier, A., Croft, A., Lascelles, K., Wolfart, G. y Hawton, K. (2019). Effects of patient suicide on psychiatrists: Survey of experiences and support required. *BJPsych Bulletin*, 43(5), 236-241. <https://doi.org/10.1192/bjb.2019.26>
- Grisales Bermúdez, C. A., Carvajal Ossa, A. M., Echeverry Gómez, C. C., Vargas Gutiérrez, B. I., Londoño Salazar, M., Zapata García, N. V., Echeverry Largo, W. A., y Martínez Sucerquia, E. A (2019). *Manual introductorio teórico-técnico de terapia cognitivo-conductual* [obra publicada informalmente]. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó.
- Guzzo, E., Taragano, F., Heisecke, S., Krupitzki, H. y Tondo, L. (2018). Impacto emocional y cambios en la conducta profesional a causa del suicidio de pacientes. *Vertex*, 29, 172-177. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/91247>
- Gvion, Y., Rozett, H., y Stern, T. (2020). Will you agree to treat a suicidal adolescent? A comparative study among mental health professionals. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 671-680. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01581-w>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de*

- la investigación*. McGraw Hill-Interamericana Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
- Partarrieu, A. (2018). *Síndrome de Burnout en psicólogos clínicos y su relación el perfeccionismo*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-122/25.pdf>
- Pérez Barrera, S. A. (2006). *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?* Psicom Editores.
- Sainz, S. M. (2003). *Estrategias de afrontamiento del Impacto emocional y sus efectos en Trabajadores de emergencias* [tesis doctoral, Universidad Nacional de Rosario]. Repositorio Institucional UNR. <https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/10915/Tesis%20Doctoral.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Santos Rivera, Y. (2010). ¿Cómo se pueden aplicar los distintos paradigmas de la investigación científica a la cultura física y el deporte? *PODIUM*, 5(1), 1-10. <https://podium.upr.edu.cu/index.php/podium/article/view/201>
- Sherba, R. T., Linley, J. V., Coxe, K. A., y Gersper, B. E. (2018). Impact of client suicide on social workers and counselors. *Social Work in Mental Health*, 17(3), 279-301. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1550028>
- Universidad Industrial de Santander. (2014). *Guía de atención paciente en crisis emocional- primeros auxilios psicológicos*. https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf
- Unzueta Callirgos, X. (2018). Significados sobre el suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 69-81. <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/1580>



La conciliación trabajo-familia en un grupo de emprendedoras del Eje Cafetero

Work-family conciliation in a group of women entrepreneurs
from the Coffee Region

MARÍA CAMILA CORTÉS ARCILA^A

Universidad EAFIT, Colombia

<https://orcid.org/0000-0002-6704-3414>

JOHNNY OREJUELA GÓMEZ

Universidad EAFIT, Colombia

<https://orcid.org/0000-0001-9181-463X>

Recibido: 13 septiembre 2021 • Aceptado: 24 octubre 2021 • Publicado: 18 noviembre 2021

Cómo citar este artículo: Cortés Arcila, M.C. y Orejuela Gómez, J.J. (2021). La conciliación trabajo-familia en un grupo de emprendedoras del Eje Cafetero. *Psicoespacios*, 15(27). <https://doi.org/10.25057/21452776.1422>

^AAutor de correspondencia: jorejue2@eafit.edu.co

Resumen

El presente trabajo tiene el objetivo de analizar el manejo que le da un grupo de emprendedoras del Eje Cafetero a la conciliación trabajo-familia. El método es descriptivo de corte transversal y el diseño de la investigación corresponde a un estudio de caso basado en entrevistas a profundidad aplicadas a siete emprendedoras del eje cafetero. Según la investigación, las mujeres sienten que la mayor implicación de ser pilares del hogar y además tener un emprendimiento es lograr manejar los tiempos para cumplir con las actividades que les demandan ambos roles. Se expone que la decisión de emprender fue tomada para atender a sus familias y generar ingresos al hogar; sin embargo, las mujeres descubrieron que el equilibrio de estas dos esferas es agotador, pues las actividades les toman mucho tiempo e incluso las privan de espacios para sí mismas. Se concluye que hay una notable necesidad por establecer un equilibrio entre el trabajo y la familia, porque de este depende el bienestar del entorno en el que se desarrollan. Además, las entrevistadas resaltan la importancia de establecer estrategias para desarrollar actividades diferentes a las del hogar, que les permitan sentirse a gusto con ellas mismas y transmitir estabilidad emocional a su familia. Se evidencia que el desarrollo de las actividades del hogar y del emprendimiento ocasionan muchas veces una sobrecarga laboral que se traduce en horarios de trabajo de hasta 19 horas.

Palabras clave: conciliación trabajo-familia, emprendimiento, mujer trabajadora.

Abstract

The present research has the objective of analyzing the management that a group of women entrepreneurs from the Coffee Region give to the work-family conciliation. The method is descriptive and cross-sectional, and the research design corresponds to a case study based on in-depth interviews applied to seven women entrepreneurs from the coffee region. According to the research, women feel that the greatest implication of being pillars of the home and having an enterprise is to manage the times to fulfill the activities that both roles demand of them. It is stated that the decision to undertake was taken to care for their families and generate income for the home; however, the women found that the balance of these two spheres is exhausting, as the activities take a long time and even deprive them of space for themselves. It is concluded that there is a notable need to establish a balance between work and family, because the well-being of the environment in which they develop depends on this. In addition, the interviewees highlighted the importance of establishing strategies to develop activities other than those at home, which allow them to feel comfortable with themselves and transmit emotional stability to their family. It is evident that the development of household and entrepreneurial activities often causes a work overload that translates into working hours of up to 19 hours.

Keywords: work-family conciliation, entrepreneurship, working woman.

Introducción

La conciliación trabajo-familia es un factor que permite visibilizar problemáticas en roles de género y el impacto cultural que se genera por ellas. En la actualidad, mujeres casadas y que no tienen hijos saben que en el caso de querer formar una familia se encontrarán ante una difícil situación, porque deberán asumir tareas de madre, esposa y profesional. Son conscientes de que deben buscar estrategias para cumplir de una manera óptima la doble o triple tarea y que, de no ser posible sobrellevar la carga, deberán abandonar su trabajo, cuidar a sus hijos en la primera infancia y luego, cuando no sean tan dependientes de la madre, retomar actividades profesionales (Garrido García et al., 2015).

La tendencia de la conciliación trabajo-familia señala que se deben estudiar los tipos de roles que existen desde la teoría, porque desde allí se han establecido cuáles son las actividades que los hombres y las mujeres han desarrollado a lo largo de la historia; también se señalan los tipos de factores que influyen en las esferas (trabajo y familia), cómo incide una esfera sobre la otra y cuáles

son las estrategias que las mujeres han tenido que acatar para poder desenvolverse en los dos ámbitos.

Las organizaciones buscan diseñar políticas que permitan que los colaboradores fortalezcan su sensación de bienestar, logrando un equilibrio entre el trabajo y la familia, porque son conscientes de que un colaborador tranquilo y en equilibrio trae consigo consecuencias positivas para la empresa, convirtiendo los resultados personales (el incremento de la eficiencia y la creatividad) en resultados generales.

La perspectiva actual de la sociedad sobre el rol de género tiene implicaciones en la inclusión laboral de la mujer; además, su crecimiento profesional está afectado por las políticas organizacionales y gubernamentales implementadas en el país que se desarrollan. No obstante, aún con su inclusión laboral y con los beneficios que ha traído para la economía mundial, la mujer se sigue sintiendo culpable por querer estar incluida en un mercado laboral y que se le valoren cualidades diferentes a las de cuidadora y cocinera. Las investigaciones incluidas en los antecedentes hacen referencia a mujeres empleadas

y pertenecientes a una organización. En esta investigación se realizará un análisis con mujeres empoderadas que decidieron ser madres de familia y edificar su propio negocio.

Referencias conceptuales

Conciliación trabajo-familia: definiciones y aproximaciones generales

Reconocer y estudiar el impacto que tiene el trabajo sobre la familia y viceversa es un tema que ha despertado interés en los investigadores desde la década de los años 70 (Greenhaus, Parasuraman, 1994). “Universalmente, la familia es reconocida como la unidad básica de la sociedad y constituye, en todo el mundo, el espacio natural y el recinto micro social para el desarrollo de sus integrantes” (Andrade, Landero, 2014 p. 186).

El trabajo es la actividad que se realiza en un lugar determinado del mercado y a cambio se genera una compensación monetaria y por esta razón guarda una relación vinculante con la familia, porque es mediante el trabajo que se obtienen los recursos para satisfacer las necesidades que pueden presentar los integrantes de una familia.

La conciliación trabajo-familia implica que exista una relación entre estas dos esferas y conlleva la generación de situaciones positivas o negativas en un contexto debido al otro. Las actividades de los roles laborales y familiares causan el conflicto trabajo-familia, sobre todo cuando hay una distribución inequitativa de las actividades en el ámbito familiar. Estas actividades las deben asumir quienes tienen bajo su cargo a personas dependientes: niños, adultos mayores o discapacitados (Torns, 2008).

En las organizaciones también se le comenzó a dar un valor importante a la conciliación trabajo-familia para poder generar más control sobre la vida personal de los co-

laboradores; estas medidas llevan en muchos casos a un manejo de un horario más flexible. Hay que tener en cuenta que el equilibrio entre el trabajo y la familia se ve afectado cuando hay mayor dedicación en una esfera que en otra. Lo que busca la conciliación trabajo-familia es que exista una relación de complementariedad entre las dos esferas para que las personas involucradas puedan tener una serie de beneficios.

La relación entre trabajo y familia puede ser generadora de situaciones positivas o negativas, las teorías señalan dos tipos de conflictos: donde la familia influye en el trabajo, donde el trabajo influye en la familia (Halpern y Murphy, 2005).

El balance o equilibrio entre trabajo y familia puede generarse cuando las actividades y aspiraciones resultan ser compatibles entre las dos esferas (Pichler, 2009). Para lograr este equilibrio se requiere que haya una colaboración en las organizaciones; sin embargo, hay quienes lo logran por cuenta propia. En 1997 en la ciudad de Luxemburgo se celebró el Consejo Europeo Extraordinario y las conclusiones de la presidencia dieron a conocer “las políticas de conciliación de la vida laboral y personal”, incluyendo en estas la promoción de permisos, flexibilidad en horarios de trabajo, servicios de atención del cuidado. Todas estas políticas en relación con la conciliación del trabajo y la familia se hacen notar porque es claro que las condiciones laborales inciden en las relaciones de familia; cuando estas cargas no están equilibradas generan en las personas riesgos psicosociales, causando enfermedades físicas, mentales y sociales (Sierra, Rodríguez y Guecha, 2009).

La búsqueda de un equilibrio entre el trabajo y la familia requiere unas renuncias. Cuando la mujer se encuentra laborando y decide por diferentes razones consolidar una familia con hijos, se encuentra con la difícil tarea de tomar decisiones y renunciar parcialmente al trabajo, es decir, reducir el tiem-

po que labora cuando nacen sus hijos para hacer frente a las dos situaciones: por un lado atender a las necesidades de su hijo y seguir laborando para no rezagarse profesionalmente y seguir generando ingresos para sobrellevar las necesidades que se generan al tener una familia.

El estudio realizado por López et al. (2011) sugiere que cuando las mujeres se convierten en madres deben buscar alternativas que les permitan seguir generando ingresos, puedan atender a sus hijos y sobrellevar las actividades domésticas y extradomésticas.

Implicaciones de la conciliación trabajo-familia

Con la inclusión de la mujer en el mercado laboral hay una serie de repercusiones directas en la institución familiar. Además de que la mujer empieza a tener independencia económica, se deben realizar ajustes en la distribución del tiempo, pues ellas tienen que atender actividades extradomésticas, cuentan con menos tiempo para ocuparse del cuidado de los hijos y, por tanto, requieren ayuda en las actividades del hogar (Gómez, Martí, 2004).

La difícil tarea de llevar un equilibrio entre el trabajo y la familia tiene implicaciones porque, entre otras cosas, se presentan altos niveles de depresión y angustia en las personas; cuando hay un conflicto en la relación de estas dos esferas se generan problemas de salud (Frone et al., 1997).

Por otro lado, cuando se logra establecer un equilibrio entre el trabajo y la familia, hay unas implicaciones positivas que surgen por el aumento de la felicidad y la estabilidad emocional, que generan un aumento de bienestar, acompañado de emociones positivas en el entorno familiar y en el laboral. Cuando hay un sentimiento de bienestar se nota en todos los ámbitos; en la familia hay armonía y tranquilidad; en el trabajo se evidencia una

fuerza de compromiso y sentido de pertenencia con la organización. Para las empresas también representa efectos positivos porque, cuando un colaborador siente que se preocupan por sus necesidades personales, se crea un clima laboral ameno y en concordancia con su comodidad con la empresa, el colaborador se queda en ella; así, se reducen en la empresa los índices de rotación de personal y se minimiza la tasa de enfermedades generales. Obviamente también se incrementa la productividad y la creatividad porque sus colaboradores se encuentran mental y físicamente bien (Moccia, 2011).

Cuando las mujeres no logran conciliar trabajo-familia deciden renunciar a una de estas dos esferas, normalmente al trabajo. Lo difícil de aceptar es que grandes profesionales con grandes cualidades deban salir del mercado laboral porque no logran conciliar el trabajo y la familia. Otras, por el contrario, deciden no renunciar a su labor y renuncian a la maternidad porque no se permiten que en su vida profesional haya un estancamiento (Garrido García et al., 2015).

Obstáculos en mujeres en cuanto a la conciliación trabajo-familia

Por “tradición” las mujeres han tenido la responsabilidad de reproducirse, además de prestarse para el cuidado de la casa y para servir a quienes viven en ella (Gómez y Jiménez, 2015). Las tareas que realizaban solo tenían como fin la crianza de los hijos, la preparación de los alimentos, el mantenimiento en óptimas condiciones de limpieza y orden de las prendas de vestir y la casa. Con el desarrollo de la sociedad, hombres y mujeres fueron aprendiendo que cada uno debía asumir unos comportamientos dependiendo de su género; así, sus roles serían dependientes de su género. Herrera (2000) define como rol de género “a un conjunto de normas establecidas socialmente para cada sexo” (p. 569).

En la época colonial de Colombia (1550-1810, aproximadamente) las mujeres eran educadas para que fueran expuestas a la sumisión, obediencia y dependencia absoluta, ante sus padres y luego ante sus esposos. Las mujeres sometidas a esa ideología crecieron con unas instituciones de moralidad que les hacían creer que su misión en el mundo era ser madre y esposa; mientras el hombre con el rol de proveedor era quien ostentaba el poder y la fuerza (Macías y Cedeño, 2014). Por fortuna, los tiempos han cambiado y desde el siglo pasado se ha empezado a evidenciar que la mujer tiene participación en el mercado laboral. En 1975, en México, se dictó la Conferencia Mundial de la Mujer y se dio a conocer el concepto *derechos productivos*, las mujeres comenzaron a asistir a centros de educación; con el fortalecimiento de sus capacidades y con preparación profesional, comenzaron a ser incluidas en el mercado laboral. La inclusión laboral de la mujer atrajo nuevos conceptos; por un lado ya se valora y reconoce que las mujeres tienen muchas habilidades, destrezas y capacidades para desarrollar actividades que merezcan ser remuneradas, pero su inclusión laboral no eliminó una vieja costumbre: la mujer es quien sigue llevando a cuesta las obligaciones de la casa. Es decir, si bien tuvo inserción en el mercado laboral, la mujer no puede abandonar las responsabilidades que trae consigo tener una familia. El rol de género sigue estableciendo que las mujeres son quienes se deben encargar del hogar, servir, atender a quienes son dependientes. En el contexto familiar aún se refuerza el hecho de la diferenciación genérica que pauta cuáles son las actividades que deben hacer las mujeres y los hombres (Herrera, 2000).

Con respecto a las políticas de gobierno, se debería promover un equilibrio entre el trabajo y la familia. En Colombia, por ejemplo, la Ley 1468 de 2011 declara que los hombres tienen derecho a ocho días de licen-

cia por paternidad; en cambio a las mujeres les dan licencia remunerada por 14 semanas. Aunque esta es una medida que facilita la adaptación para las nuevas madres de familia, de una manera implícita se determina que la mujer es quien comienza a llevar un ritmo de vida más atareado, a sobrellevar una vida laboral y doméstica inequitativa. En cuanto al tiempo de ocio y de esparcimiento, las mujeres se ven más afectadas porque, comparada con el de los hombres, son ellas quienes pierden el privilegio cuando deciden formar una familia con hijos, pues además de laborar deben encargarse de las labores de la casa y del cuidado de los hijos.

En el caso colombiano se encuentra particularmente un estudio que demuestra que hay una correlación entre el conflicto trabajo-familia y la satisfacción laboral y el bienestar mental y físico. Cuando hay un conflicto entre el trabajo y la familia, hay disminución en cuanto a la satisfacción laboral y el bienestar físico y psicológico (Spector et al., 2006); por esta razón, las organizaciones le han dado mayor importancia al equilibrio entre el trabajo y la familia, con el fin de lograr que sus colaboradores sean comprometidos y puedan ser más productivos. Pero no siempre las mujeres logran adecuarse a las políticas de una organización porque no tienen la flexibilidad que requieren para llevar una vida en armonía con lo laboral y lo familiar o porque simplemente no llena las expectativas profesionales de la mujer. En algunos de estos casos las mujeres deciden llevar a cabo las ideas de negocio que se adaptan a sus necesidades y a las de su familia.

Estrategias utilizadas por mujeres en la conciliación trabajo-familia

La inserción de la mujer en el mercado laboral debería ser un hecho que no generara traumas ni conflictos en ninguna esfera (ni laboral ni familiar). Desde luego no lo es, por las implicaciones negativas que se generan y

fueron descritas anteriormente. Las mujeres deben enfrentarse a que la corresponsabilidad familiar y el nuevo papel del hombre no han sido asumidos de la manera que se deberían desempeñar: esto para las mujeres quienes tiene un modelo de familia nuclear; para las mujeres con un modelo de familia monoparental es más difícil: se enfrentan al hecho de que el cuidado y la crianza de los hijos deben asumirlas solas o recurrir a ayudas externas para poder laborar y atender las necesidades de sus hijos en cuanto a cuidados y educación. A todos estos obstáculos debe añadirse la incidencia de políticas que ponen énfasis en que el bienestar del hogar es una responsabilidad que depende únicamente de quienes conforman la familia tradicional, teniendo en cuenta que la familia está estructurada conforme a la tradicional división de roles (Ruiz y Bajo, 2006).

Las organizaciones y las familias están en constante transformación, las estructuras políticas e ideologías influyen en la conciliación trabajo-familia. Algunos países escandinavos ofrecen servicios para el cuidado de los niños, también tienen diversas opciones de trabajos de tiempo parcial; en Colombia no existen políticas que favorezcan el fortalecimiento del equilibrio trabajo-familia (Idrovo, 2006). Por tal razón, las mujeres deben buscar en su entorno estrategias individuales para poder laborar y tener una buena relación familiar. Se ven impelidas a adquirir rutinas estrictas que les permitan cumplir con las obligaciones laborales y tener tiempo de calidad con su familia.

Método

Tipo de estudio

El estudio es de tipo descriptivo transversal con el fin de analizar la situación que viven las mujeres emprendedoras para manejar un equilibrio entre el trabajo y la familia. Se realiza un diseño de investigación tipo estudio de caso, dadas las condiciones y las personas participantes, tratando de conocer qué manejo le dan a la conciliación trabajo-familia.

Sujetos participantes

Para la investigación se entrevista a siete mujeres con las siguientes características: que sean emprendedoras y tengan una familia constituida con hijos. El estado civil no es tenido en cuenta para la validación de resultados.

Técnicas

Se elabora una entrevista de profundidad que busca responder a los objetivos específicos de la investigación. Existen cuatro categorías para el análisis de la investigación: conciliación trabajo-familia en las mujeres, implicaciones de la conciliación trabajo-familia, obstáculos en las mujeres en cuanto a la conciliación trabajo-familia, estrategias utilizadas por las mujeres en la conciliación trabajo-familia. También se pregunta qué nivel de escolaridad tienen, la edad, qué tipo de emprendimiento tienen, la antigüedad del emprendimiento, la cantidad de hijos y sus respectivas edades, la ocupación del cónyuge (si lo tienen). En la tabla 1 se especifican las categorías y subcategorías que se emplean en la entrevista a profundidad teniendo en cuenta los objetivos específicos.

Tabla 1. Relación entre los objetivos específicos, categorías y subcategorías.

Objetivos específicos	Categorías
Identificar qué percepción tiene un grupo de mujeres emprendedoras del Eje Cafetero respecto a la conciliación trabajo-familia.	Conciliación trabajo-familia en mujeres
Identificar las implicaciones que debe asumir una líder emprendedora del Eje Cafetero en cuanto a la conciliación trabajo-familia.	Implicaciones de la conciliación trabajo-familia
Analizar los obstáculos que tiene un grupo mujeres en cuanto a la conciliación trabajo-familia.	Obstáculos en la conciliación trabajo-familia
Analizar las estrategias de las mujeres líderes emprendedoras del Eje Cafetero para atender la conciliación trabajo-familia.	Estrategias utilizadas para la conciliación trabajo-familia

Nota: Elaboración propia

Procedimiento

La investigación se lleva a cabo en tres fases: contextualización teórica; trabajo de campo y organización; presentación y análisis de los datos encontrados. La primera fase consiste en realizar un estado del arte y analizar las tendencias por lo que respecta a la conciliación trabajo-familia para dar una construcción sólida de la referencia conceptual. Así, se logra una aproximación al instrumento, estableciendo las categorías y subcategorías para el diseño de las preguntas de la entrevista a profundidad. La segunda fase se da con el instrumento elaborado, para determinar las preguntas a realizar, teniendo en cuenta las categorías y subcategorías establecidas en la primera fase. Posterior a esto, se realiza una búsqueda de mujeres que quieran ser partícipes de la entrevista y dar su testimonio en función de la relación trabajo-familia que llevan en la actualidad en su condición de emprendedoras y, además, como pilares fundamentales en la familia. En la tercera y última fase se transcriben de las entrevistas para su posterior organización sistemática, facilitada por la distribución y síntesis en matrices organizativas. Para la escritura del documento se tienen en cuenta fragmentos de las entrevistas para la validación de las

síntesis resultantes a través del análisis de las tendencias que son las respuestas de las entrevistadas; lo anterior se hace con la técnica de análisis de contenido. Finalmente, se obtienen las conclusiones de la investigación propuesta, teniendo en cuenta los datos extraídos de las entrevistas, el estado del arte y las conclusiones de la investigadora.

Consideraciones éticas

Es indispensable que los participantes tengan libertad de decisión para participar o no de la presente investigación; incluso se les da la posibilidad de abandonar la entrevista en cualquier momento.

Los participantes son informados sobre la investigación, los objetivos generales y específicos de la misma, como de su uso. Se construye un consentimiento informado, que es firmado por cada una de las personas, en el cual se protegen los datos suministrados y se garantiza que los mismos solo serán utilizados con fines académicos e investigativos; los anteriores están amparados según lo expuesto en la Ley 1090 de 2006 y en la Resolución 8430 de 1993 cumpliendo con los criterios éticos básicos de la investigación cualitativa. Finalmente cabe mencionar que esta investigación constituye la categoría A

de la mencionada resolución: Investigación sin riesgo; categoría en la cual no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada a las variables psicológicas o sociales de los individuos que participan.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través de la entrevista realizada a siete mujeres emprendedoras ubicadas en las diferentes capitales del Eje Cafetero. Para dar contextualización, se señala el perfil sociodemográfico de las mujeres entrevistadas. Además, se presentan las categorías evaluadas en la entrevista: conciliación trabajo-familia en mujeres, implicaciones de la conciliación trabajo-familia, obstáculos en mujeres en cuanto a la conciliación trabajo-familia y estrategias utilizadas. Para llevar a cabo el análisis de estas categorías se tuvieron en cuenta varias subcategorías, que a su vez fueron evaluadas con el método empírico teniendo en cuenta

la tendencia en las respuestas brindadas por las entrevistadas. Luego del análisis y la mención de algunas respuestas textuales de las mujeres entrevistadas se expone la discusión de los resultados obtenidos. Las entrevistas a profundidad buscaban obtener información sociodemográfica y sociolaboral para desarrollar la investigación propuesta y dar respuesta a los objetivos establecidos.

Como se puede ver en la tabla 2, las mujeres entrevistadas estaban entre los 30 y los 45 años, en edad productiva laboral, todas con uno o más hijos, casadas o en unión marital de hecho, con nivel de escolaridad universitaria, a excepción de una, y con una antigüedad de sus emprendimientos igual o superior a 6 meses.

Todas las mujeres entrevistadas cuentan con un trabajo de emprendimiento e impulsan sus ventas y el crecimiento de su marca a través de las redes sociales, principalmente de Instagram.

Tabla 2. Caracterización de participantes

	Edad	Estado civil	N° de hijos	Antigüedad del emprendimiento	Actividad del emprendimiento	Nivel de escolaridad	Ciudad
1	36	Casada	1	3 años	Diseño y confección de prendas de vestir para mujer	Universitario	Armenia
2	30	Unión libre	1	3 años	Distribución de productos para el cabello	Universitario	Manizales
3	32	Casada	2	6 meses	Comidas rápidas	Bachillerato	Manizales
4	37	Casada	2	1 año	Creación y distribución de acuarelas	Posgrado	Armenia
5	38	Casada	1	3 años	Diseño y confección de bordado a mano	Tecnológico	Manizales
6	30	Casada	1	4 años	Creación de sellos y papel artesanal	Universitario	Manizales
7	45	Casada	1	2 años	Diseño y creación de accesorios en Mayuki	Posgrado	Pereira

Nota: Elaboración propia

Conciliación trabajo-familia

El equilibrio entre trabajo-familia resulta ser fundamental y a la vez difícil de sobrellevar para las mujeres, porque tomar la decisión de ser madres conlleva una responsabilidad con los hijos y, en general, con la familia.

Al decidir formar una familia y emprender se genera estrictamente una relación entre estas dos esferas que puede acarrear conflictos en los dos ámbitos. La mujer 7 señala: “Cuando tú te casas o tienes una pareja y tienes hijos, el peso de una familia sigue estando en la mujer. Es demasiado importante para mí equilibrar la relación entre el trabajo y la familia, es muy difícil de lograrlo porque es la misma sociedad la que nos lo ha impuesto y las mujeres cada vez trabajamos más y nos volvemos como ese eje en el hogar”. La mujer 1 también indica: “Cuando uno es mamá, una de las cosas que más busca es poder dedicarle tiempo a su familia, especialmente a sus hijos; entonces, realmente para mí es determinante lograr equilibrar la relación trabajo-familia”.

La mujer 2 menciona: “Para mí, por la crianza que yo he tenido y por todo el tema familiar, pesa más la familia que el trabajo; muy pocas veces he tenido que decir yo que es que voy a dejar a mi familia y me voy a centrar en el trabajo”. En este caso se evidencia una influencia social referente a la elección de prioridades en las esferas trabajo-familia.

Todas las mujeres entrevistadas indicaron que les resultaba primordial lograr encontrar el equilibrio en la relación trabajo-familia; estas dos esferas son tan importantes que ninguna desconoce que hay que lograr equilibrar la relación para poder llevar una vida de bienestar y tranquilidad.

Con referencia al efecto de la incidencia del trabajo en la familia y la familia en el trabajo, las siete entrevistadas coinciden en que la familia es una prioridad en sus vidas

y que prefieren que el trabajo no afecte a sus familias, a que la familia afecte sus trabajos. La mujer 4 señaló: “Para mí es más importante la familia, mis hijos y su educación por encima de todo. Por ejemplo, cuando nació mi primer hijo, me salió una oferta laboral en Armenia, pero en el trabajo me dijeron: ‘debes empezar en agosto’, y mi hijo nació en junio, por lo que tuve muy poco tiempo con él, entonces empecé a trabajar sin saber lo que era ser mamá. Cuando me di cuenta de todo lo que me estaba perdiendo, de todo lo que extrañaba a mi hijo, de la falta que me hacía, de lo que él me necesitaba, decidí renunciar; ya después de que él fue más grande e independiente decidí iniciar el emprendimiento que tengo en la actualidad”.

Sin embargo, una de las mujeres repuntó: “Hace poco escuchaba de la importancia de que las mamás hiciéramos algo que nos gusta, porque esa también es una forma de mostrarles a los niños cómo ser felices con ellos mismos. Si mi hijo ve amargada, eso va a influir en él; entonces ahora no le quiero restar importancia a mi trabajo por mi hijo, porque ya le resté importancia durante 5 años, que era cuando él estaba pequeño y me necesitaba más junto con mi esposo”. Se resalta aquí la importancia y la influencia que tienen para las mujeres las actividades diferentes a las del hogar y al cuidado de los hijos (en este caso los emprendimientos); una mirada que permite evidenciar que las mujeres han tomado conciencia acerca de los diversos roles de género que deben ser resignificados en la actualidad, porque no se sienten identificadas con los patrones de comportamiento que estos determinan. A pesar de ello y como indica López et al. (2011), las mujeres siguen siendo el pilar del hogar, siguen velando por el cuidado de los hijos y el trabajo doméstico, pero consideran que será una etapa temporal, mientras los hijos crecen.

Las mujeres emprendedoras de las diferentes ciudades capitales del Eje Cafetero

tienen muy claro que el bienestar de su familia prevalece sobre su emprendimiento, sin embargo algunas también perciben que la actividad laboral que desarrollan les permite sentirse bien consigo mismas y esto a su vez genera un entorno de bienestar en los ámbitos familiar y personal, pues si bien sus familias son prioridades en su vida, ven su inclusión laboral como algo que les pertenece; más aún en el caso de ellas que decidieron emprender en negocios con actividades que les apasionan y las hacen sentirse cómodas no solo por el tema económico, sino porque consideran que se enriquecen personalmente.

Implicaciones de la relación trabajo-familia

Las entrevistadas, en su mayoría, señalan que no tienen pérdidas en el trabajo a causa de la familia, pero en cambio expresan que han tenido pérdidas en la familia a causa del trabajo. La mujer 2 indica: “A veces cuando las cosas no salen bien y en el negocio se me salen de las manos algunas situaciones; por ejemplo, se demoró un pedido del laboratorio o entregué mal un pedido, me estreso, porque no me gusta quedarles mal a las clientas; me da mal genio y siento que me desquito o me recargo con mi familia, siento que empiezo a hablarle mal al niño, lo regaño más o con mi mamá, le hablo feo a veces, y después me arrepiento”. La mujer 6 también indica: “A nivel familiar siento que he perdido tiempo para invertir en mi familia y en mí misma porque me volví nocturna, a mí me toca trabajar desde las 9 pm que se duerme mi hijo, hasta las 2 am cuando siento que ya no puedo más, y levantarme nuevamente a las 6 am”. Claramente se evidencian pérdidas en el ámbito familiar, que implican discusiones por asuntos que se salen de control en el ámbito laboral, además de la pérdida de espacios personales y tiempo de calidad con la familia por el exceso de trabajo.

La mujer 5, sin embargo, indicó que en el trabajo sí ha tenido pérdidas a causa de la familia: “He perdido espacio para hacer las actividades que me gustan, porque me dediqué mucho a ser mamá y se me olvidó que yo también tenía actividades que hacer para ser feliz y sentirme útil”. Esta excepción puede estar dada por las diferentes percepciones que están empezando a tener las mujeres, por las cuales les dan un significado importante a las actividades que les permitan desarrollarse profesional y personalmente.

La mujer 6 tiene un concepto similar al anterior: “A nivel laboral he perdido espacio para desarrollar las actividades propias de mi trabajo, porque me toca adaptarme a los horarios de mi esposo para poder cuidar a mi hijo; como mi esposo es profesor, tengo que acomodarme a cosas que hemos decidido que me corresponden a mí (cocinar, oficios de la casa)”. Se entiende que sus emprendimientos les demandan tiempo para preparar actividades propias de la labor, pero a su vez en sus familias se les presentan actividades que no pueden dar espera, lo que les genera atrasos en sus procesos laborales; además, por su condición de emprendedoras, sus esposos o su núcleo familiar o incluso ellas mismas creen que pueden ajustar los horarios para atender las labores del hogar y postergar las del emprendimiento; en consecuencia, deben trabajar más horas al día para cumplir todas las labores (domesticas, familiares, laborales).

Las ganancias familiares a causa del trabajo las aprecian desde lo económico y lo personal. La mujer 3 señala: “Para mi familia he ganado, por el trabajo, mayores comodidades, además me siento más independiente, sé que puedo cubrir mis necesidades personales y que, además, puedo comprar cosas o hacer gastos que antes sin el emprendimiento no hubiera podido; por ejemplo, podemos salir a pasear, ir a comer o comenzar a ahorrar para el estudio de mis hijos”. La mujer 5 también destaca los beneficios en lo personal: “En la

familia tal vez he ganado unión, mi esposo y mi hijo me ayudan con el emprendimiento y como les he transmitido el amor por él, ellos también lo sienten. Además, siento que ya soy más feliz, menos rígida porque con el emprendimiento hago lo que me gusta desde que era pequeña. Recuperé mi esencia de ser una mujer y mi emprendimiento sirvió para que la relación en familia podamos ser felices”. Las mujeres estiman como ganancias el aporte económico que ingresa a sus hogares a causa de su labor en el emprendimiento, pero además este ingreso les genera bienestar porque cumplen las necesidades básicas en el hogar y también se pueden permitir ciertas comodidades, lo que les causa satisfacción. Además, su contribución económica les permite mejorar su autoestima, porque sienten que las actividades laborales que realizan tienen valor y a su vez esto les causa comodidad en su desarrollo profesional.

En cuanto a las ganancias laborales a causa de la familia la mujer 7 indica: “En el emprendimiento se involucra mi familia, entonces ha sido una compenetración en la que trabajamos los tres. Cuando yo llego a trabajar en mi emprendimiento en lo que me apasiona, no siento que los estoy abandonando porque, por el contrario, somos los tres trabajando, ellos ayudándome a una cosa o empacando o yéndonos a una feria, capacitando a alguien porque ya las manos no nos dan abasto para tejer nosotros”. Esta emprendedora evidencia que, en su labor, la familia se encuentra tan involucrada que ya sienten que el negocio es un miembro más y todos pueden participar activamente para promover su crecimiento; en ella se puede destacar que la participación de su familia representa una ganancia en su emprendimiento porque tiene ayuda y soporte.

En síntesis, encontramos que para las mujeres líderes emprendedoras entrevistadas las pérdidas están muy ligadas en las dos esferas: trabajo y familia, por su relación depen-

diente entre sí. Se evidencia que una de las pérdidas que se les presenta en la cotidianidad está reflejada en la actitud de estrés o cansancio que manifiestan a través de actos de intolerancia con su familia, por las circunstancias o problemas que se les presentan en la familia, además del tiempo de calidad que dejan de tener por la sobrecarga laboral, ya sea a causa del emprendimiento o de las labores domésticas.

Las ganancias las resaltan con más emotividad las mujeres participantes, expresando la satisfacción que les produce realizar actividades que las hacen felices y a su vez les permiten integrarse con su familia, porque al verlas tan interesadas con sus emprendimientos todos quieren involucrarse y ayudar a gestionar los procesos que el negocio requiere. Además, para ellas resulta un estímulo al desarrollo profesional y personal, porque se consideran activas en el mundo laboral y porque, a su vez, perciben que pueden generar ingresos con actividades que las apasionan. Es interesante que, a pesar de las actividades domésticas tan arduas que deben asumir las mujeres en cuanto al cuidado de hijos y del hogar, sigan activas en el mundo laboral. Muñiz Terra (2019) resalta: “Asumir el papel de cuidadoras principales en el hogar, supone el abandono temporal o definitivo del mercado laboral” (p.86). Se puede concluir que esto se debe a la importancia que tiene, para cada mujer entrevistada, permanecer activa como profesional y poder crear valor en su emprendimiento; lo que genera una sensación de bienestar consigo misma y se ve reflejado en su entorno, por la actitud positiva y de plenitud que tiene al obtener ingresos que les permitan satisfacer las necesidades básicas, y también actividades de dispersión y recreación para la familia.

Obstáculos en la conciliación trabajo-familia

Las entrevistadas señalaron que el obstáculo que se presenta en las dos esferas (trabajo y

familia) está relacionado directamente con la distribución del tiempo. Señalan la falta de tiempo para resolver las actividades familiares. La mujer 1 indica: “Hay algunas veces que por mi emprendimiento tengo que robarle tiempo a mi familia y me siento mal”. A la mujer 2 le ocurre algo similar; esto es lo expresado por ella: “Hay veces que se nos complica las alimentaciones, entonces se nos pasa la hora de la comida de los niños. Se nos olvida medir el tiempo y se nos pasan las actividades de los niños por estar preparando la comida para vender”. Esto atañe al sentimiento de culpa por robarle espacio y tiempo a sus hijos o a la familia, por estar atendiendo actividades del emprendimiento.

Situaciones similares ocurren en la esfera del trabajo, relacionadas con el uso del tiempo. La mujer 5 señala: “Ahora por la pandemia, he tenido que dedicarme mucho a la casa y las tareas de mi hijo; cuando recién comenzó la pandemia, yo sentía que me iba a tocar abandonar el emprendimiento porque sentía que no era capaz con las actividades del colegio de mi hijo”.

La pandemia, sin duda, representó un obstáculo porque generó una serie de cambios en las rutinas que se tenían establecidas. Sin embargo, varias de las mujeres hicieron énfasis en el nuevo manejo del tiempo en la pandemia, teniendo en cuenta que todas las entrevistadas debieron ceñirse al nuevo modelo de educación que debía ser implementado en los hogares para darle continuidad al estudio de sus hijos; esto les aumentó el trabajo, y la distribución de tiempo se vio afectada porque se le comenzaron a dar nuevas prioridades a la actividades escolares de los hijos. La mujer 6 también apuntó: “Si mi hijo tiene un examen mañana y yo también debo hacer una entrega mañana, yo voy a preferir ayudarle a mi hijo y posponer las actividades del trabajo para la noche”.

Las mujeres entrevistadas resaltan el valor que tiene el tiempo en sus vidas; lo

requieren para programar y desarrollar actividades propias del emprendimiento; tiempo que a veces se ve afectado por las responsabilidades que tienen con sus hijos y su familia. Esto también ocurre en la dirección opuesta; las exigencias que se presentan en el emprendimiento necesariamente implican una disminución del tiempo dedicado a la familia.

Lo que no se puede dejar de mencionar, porque también representa un obstáculo, es que el tiempo invertido en estos dos roles interfiere con el tiempo que dejan de invertir las mujeres en sí mismas, porque en muchas ocasiones las actividades domésticas están recargadas para ellas, y en el caso de las emprendedoras se marca más, ya que en su entorno familiar consideran que ellas son quienes pueden ajustar los horarios para satisfacer las necesidades básicas del hogar en cuanto a cuidado de los niños, limpieza de la casa y preparación de alimentos; lo que implica una jornada de trabajos más larga. Al respecto exponen Garrido García et al. (2015): “aunque los roles de género presentan algunos avances, sigue considerándose la participación masculina en el cuidado de los hijos más como una ayuda hacia la mujer, que como una responsabilidad inherente al género masculino como ayuda hacia la mujer” (p.98). Este tipo de situaciones, por las cuales se las deja sin espacios para encontrarse consigo mismas y sus cercanos diferentes a la familia, pueden ocasionar problemas de salud mental, depresión o ansiedad.

Estrategias utilizadas para la conciliación trabajo-familia

Las estrategias que utilizan las mujeres en el ámbito familiar están centradas en su mayoría en la ayuda que pueden prestarles sus familiares más cercanos en el cuidado de los hijos. La mujer 6 comparte: “Tengo que buscar quien me ayude con el cuidado de mi hijo y tratar de acomodar los horarios con mi

esposo”. Incluso hay mujeres que deben depositar el cuidado de sus hijos menores en el de los mayores, como es el caso de la mujer 3: “Cuando estoy haciendo las preparaciones mi hijo mayor me ayuda a cuidar a la niña pequeña”. Las mujeres enfatizaban en que los cuidados de los niños trataban de delegarlos a personas cercanas, como la familia, para aquellas ocasiones en las cuales requerían ayuda por motivos laborales.

Además de la delegación del cuidado de los hijos, las mujeres utilizan estrategias de planeación del tiempo en lo familiar y en lo laboral. La mujer 1 expresa: “Yo planeo mi día, mi semana, mi mes y mi año”. La mujer 2 señala que la pandemia ha influido en la organización de los tiempos: “Ahorita, en términos de pandemia, todo ha cambiado y ha tocado improvisar más en el camino, pero en términos generales yo pienso que es la planeación muy meticulosa de cómo va a aprovechar uno el tiempo y de qué es lo que uno quiere proponerse semanal, mensualmente o en el semestre y organizar su cotidianidad con respecto a eso. Yo pienso que es una de las cosas más importantes”. La pandemia indudablemente generó un cambio de rutinas, lo que llevó a dar un giro inesperado en todos los ámbitos de la vida; sin embargo, todas las mujeres señalaron que en términos laborales la organización y la anticipación de los sucesos son la principal estrategia que utilizan para lograr establecer un equilibrio en la relación trabajo-familia. Aun así, manifiestan que muchas veces, por las mismas situaciones que se presentan en estas dos esferas, simplemente los cronogramas se ven afectados y se tienen que modificar para darle continuidad a las actividades laborales y familiares.

Las entrevistadas indican que la familia y las personas más cercanas como las amigas son la principal red de apoyo y confianza para la ayuda con los hijos y el hogar. Berenson-Gorn et al. (2009) consideran que:

la principal fuente de apoyo de mujeres procede de la familia nuclear o las amigas, que juegan un papel central [...] En otros estudios se ha observado que en cuanto más redes de apoyo existan, menos vulnerables son las mujeres y tienen mayores oportunidades de mejorar su salud emocional y por tanto su calidad de vida (p.480).

Además de ser fuente de soporte para realizar actividades del hogar, también resultan ser fuente de apoyo para la mujer en cuanto a su salud mental y emocional.

Conclusiones

En la investigación se abordaron las categorías de la conciliación trabajo-familia en mujeres emprendedoras del Eje Cafetero. Si bien las entrevistadas coinciden en que es difícil y agotador darle un equilibrio a la relación trabajo-familia, resulta imperativo conseguir la armonía en esta relación, un balance. El bienestar y la integridad en la familia se verá representado en la productividad en el ámbito laboral (Moccia, 2011).

Establecer este equilibrio permite además que las personas involucradas en el núcleo familiar se encuentren satisfechos con los roles que definen en la familia y en el trabajo (Bustamante Sepúlveda y Flores Faúndez, 2008); sin embargo, para lograr la satisfacción se deben tener en cuenta que los recursos como el tiempo son limitados y es allí donde se debe prestar especial atención para lograr distribuirlo sin afectar ninguna de las dos esferas que tan estrechamente relacionadas están. Asimismo, se puede percibir que cuando se presentan conflictos en la relación trabajo-familia, el bienestar subjetivo se puede ver reducido.

En cuanto a las prioridades en la relación trabajo-familia, todas las mujeres objeto de investigación estuvieron de acuerdo en que la familia está por encima del trabajo. La decisión de emprender estuvo en su momen-

to dada por un acuerdo mutuo entre ellas y sus parejas en búsqueda del equilibrio entre estas dos esferas. No obstante, para obtener este equilibrio se requiere un tacto y una dedicación especial, pues cualquier movimiento a favor de una de las dos esferas puede perjudicar a la otra (Ugarteburu Gastañares, 2008). Finalmente, cuando se logra establecer el balance entre estos dos roles, resulta que los beneficios y los complementos que pueden darse entre ellos generan gratificaciones en las mujeres y en sus familias.

Las implicaciones más marcadas señalan que las mujeres emprendedoras trabajan más horas al día, porque deben distribuir el tiempo en labores del emprendimiento, del hogar y de la familia; esto las lleva necesariamente a que deban esforzarse más y tener más trabajo por el cual responder a diario. Indican además que la intención de emprender fue para tener el control del tiempo, generar ingresos y dedicarse a la familia sin limitaciones. Sin embargo, se percibe que total dominio sobre el manejo del tiempo no se tiene, porque familiarmente se manejan unas exigencias y eventualidades que no pueden ser contempladas cuando se establece un cronograma. A algunas mujeres sus emprendimientos les han implicado laborar más horas, incluso una de ellas mencionó que trabajaba hasta 19 horas por día. Tantas horas de trabajo representa una disminución o incluso una inexistencia de tiempos de calidad para ellas mismas, para brindarse espacios de distracción y de esparcimiento que les permitan establecer relaciones en ámbitos diferentes a los laborales y familiares.

Las entrevistadas afirman en su mayoría que las ganancias en el ámbito familiar a causa del trabajo están relacionadas con la inclusión de la familia en el emprendimiento; existe participación del núcleo familiar en el negocio que contribuye al buen funcionamiento del emprendimiento. Sin embargo, esta ganancia puede verse también como

una problemática, en tanto se pueden perder espacios y límites en los roles familiares y laborales.

Todas las mujeres entrevistadas sostienen que los obstáculos que genera la relación familiar en la laboral y viceversa apuntan a la distribución del tiempo. Les resulta difícil distribuirlo cuando tienen como prioridad la familia, pero se fuerzan en exceso para también atender los asuntos laborales. Históricamente las mujeres han adquirido la responsabilidad del manejo del hogar, lo que ha generado un conflicto en el ámbito laboral después de que la inclusión laboral de la mujer se masificara en la década de los 70 (Greenhaus, Parasuraman, 1994). Si se tiene en cuenta que las mujeres entrevistadas son emprendedoras, el equilibrio de las responsabilidades del hogar y el manejo de los diferentes roles familiares (mamá, hija, esposa, hermana, cuidadora) las pone en una disyuntiva entre el deber ser de cada uno de estos. Este sigue siendo un reto que deben asumir muchas mujeres para poder diversificar sus roles laborales y familiares porque a lo largo del tiempo han sido segregados por género (Ruiz y Bajo, 2006).

Las estrategias que utilizan las mujeres para poder equilibrar la relación trabajo-familia radican en la confianza que le depositan a otra persona para el cuidado de los hijos. Las mujeres entrevistadas buscan a cuidadoras cercanas como familiares o amigas, para que se hagan cargo de los hijos en los tiempos que invierten en trabajar en el emprendimiento. Además, para los ámbitos laboral y familiar, todas las mujeres coinciden en que elaboran cronogramas o buscan la forma de organizarse para equilibrar el tiempo invertido en el trabajo y en la familia, sin descuidar ninguno (López et al., 2011).

Las entrevistas fueron realizadas en tiempos de pandemia; circunstancia que complicó la posibilidad de tener un acercamiento con las participantes en los lugares donde desarrollan sus emprendimientos.

Pactar una cita virtual con las mujeres resultó complicado porque las actividades y los compromisos se les multiplicaron, toda vez que además de atender las situaciones laborales debían estar pendientes de sus hijos y su familia. En efecto, las mujeres tuvieron que interrumpir en varias ocasiones la entrevista por dar pronta solución a las situaciones que se le presentaban en el momento. La pandemia también limitó la extensión de ciudades del Eje Cafetero, por lo que las entrevistas en su mayoría fueron a mujeres de Manizales, ciudad donde reside la investigadora.

Las entrevistas virtuales se hicieron a través de la herramienta Teams. para posteriormente realizar las transcripciones. Cuando se procedió a realizarlas, los videos grabados estaban dañados por la calidad del internet de ese momento. Inicialmente eran 7 entrevistas, pero después de la pérdida de los vídeos, se debió realizar otras 7 nuevas entrevistas a mujeres diferentes, lo que implicó un retraso adicional en la investigación.

Para estudios posteriores se recomienda cualificar los resultados para tener una estadística referente al acceso que tienen las mujeres emprendedoras a la seguridad social. Muchas de las entrevistadas afirmaron que, con lo que perciben del emprendimiento, alcanzan a cubrir necesidades básicas, actividades de recreación, cambios de alimentación, pero que en muchas ocasiones no les alcanzaba para acceder a esta protección como contribuyentes. Aunque la investigación no tenía como objeto verificar este tipo de situaciones, la entrevista a profundidad permitió conocer estos detalles que pueden ser tenidos en cuenta en próximas investigaciones. También se debería estudiar las implicaciones personales que tienen las mujeres por el exceso de trabajo en los diferentes roles que se expresaron en toda la investigación.

Este estudio puede ser herramienta e insumo para potenciar programas de emprendimiento en mujeres líderes, en los que se tenga

presente una de las principales problemáticas que se marcan como tendencia en esta investigación: la falta de control del tiempo.

Además, este texto permite visibilizar la situación de trabajo extremo a la que se encuentran sometidas las mujeres y seguir concientizando a la sociedad de que las mujeres ya juegan un papel muy importante en la economía del hogar y en una escala más grande, pues aportan al desarrollo de las comunidades en las que se encuentran.

Referencias

- Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N. y Alanís-Navarro, S. (2009). Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: auto aceptación y apoyo social. *Salud Pública de México*, 51(6), 474-481. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342009000600005>
- Bustamante Sepúlveda, F. y Flores Faúndez, M. (2008). *Conflicto trabajo-familia, equilibrio y bienestar en mujeres trabajadoras de una empresa de retail dependiendo de su rol de proveedor* [tesis de grado, Universidad de Talca]. Repositorio Institucional Utacla. <http://dspace.utacla.cl/handle/1950/11410>
- Frone, M., Russell, M. y Cooper, M. (1997). Relation of work-family conflict to health outcomes: a four year longitudinal study of employed parents. *J Organ Behav*, 70(4), 325-335.
- Garrido García, N., Gallegos Sánchez, A. y Hernández Vela, H. (2015). Mujeres ejecutivas e enteración Trabajo-Familia: evidencias en México. *Revista Global de Negocios*, 3(2), 83-101.
- Greenhaus, J. y Parasuraman, S. (1994). Work-family conflict, social support and well-being. *Davidson MJ, Burke RJ*, 213-229.
- Gómez, S. y Martí, C. (2004). *La incorporación de la mujer al mercado laboral: Implicaciones personales, familiares y profesionales, y medidas estructurales de conciliación trabajo-familia* (No. D/557). IESE Business School.
- Gómez, V. y Jiménez, A. (2015). Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios

- para mejorar la equidad de género. *Polis, Revista Latinoamericana*, 14(40), 1-15.
- Herrera, P. (2000). Ról de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 16(6), 568-573. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n6/mgi08600.pdf>
- Halpern, D., & Murphy, S. (2004). *From Work-Family Balance to Work-Family Interaction*. London: Routledge.
- Idrovo, S. (2006). Las políticas de conciliación trabajo-familia en las empresas colombianas. *Revista Estudios Gerenciales*, 22(100), 49-70. https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/estudios_gerenciales/article/view/199
- Ley 1468. Artículo 236. Descanso remunerado en la época del parto. Colombia, 30 de junio de 2011.
- Ley 1090. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Septiembre 06 de 2006.
- López, E., Ponce, M., Findling, L., Lehner, P., Venturiello, M. P., Mario, S., y Champalbert, L. (2011). Mujeres en tensión: la difícil tarea de conciliar familia y trabajo. *Población de Buenos Aires*, 8(13), 7-25. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74018029001>
- Macías, N., y Cedeño, R. (2014). La inserción de las mujeres en el mercado laboral. *ECA Sinergia*, 5(1). <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/ECASinergia/article/view/141/110>
- Moccia, S. (2011). Los posibles beneficios de la conciliación. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 30, 135-154. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.201130607
- Muñiz Terra, L. M. (2019). Aproximaciones a las desigualdades de género en Argentina: un estudio de la conciliación familia y trabajo en el sector petrolero. *Revista Colombiana de Sociología*, 42(1), 0-2. <https://doi.org/10.15446/rcs.v42n1.68755>
- Pichler, F. (2009). Determinants of Work-life Balance_ Shortcomings in the Contemporary. Measurement of WLB in Large-scale Surveys. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, 92, 449-469. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10834-014-9408-1>
- Ruiz, S., Bajo, G. (2006). Conciliación de la vida familiar y laboral. *Feminismos*, 8, 131-142. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/1185>
- Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Octubre 04 de 1993.
- Sierra, Y., Rodríguez, J. y Guecha, J. (2009). Diseño de un programa de prevención de factores de riesgo psicosocial, a nivel primario, secundario y terciario. En M. C. Aguilar y E. Rentería (Eds.). *Psicología del trabajo y de las organizaciones. Reflexiones y experiencias de investigación*. (pp. 477-507). Bogotá: Universidad Santo Tomás
- Spector, P.; Fox, S.; Penney, L.; Bruuserma, K.; Goh, A.; Kessler, S. (2006). The dimensionality of counterproductivity: Are all counterproductive behaviors created equal? *Journal of Vocational Behavior*. 68 (3). 446-460. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2005.10.005>
- Ugarteburu Gastañares, I., Cerrato Allende, J. y Ibarretxe Zorriketa, R. (2008). Transformando el conflicto trabajo/ familia en interacción y conciliación trabajo/ familia. *Departamento de Psicología Social y Metodología de las ciencias del comportamiento. E.U. de Relaciones Laborales. UPV/EHU*, 18, 17-41.
- Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15, 53-73. <http://revistas.uned.es/index.php/empiria/article/viewFile/1199/110>



Las representaciones sociales sobre la educación inclusiva desde la perspectiva del docente universitario

Social representations about inclusive education
from the perspective of the university teacher

Laura Cristina Gómez Campuzano^A
Institución Universitaria de Envigado, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-0892-0544>

Ángela María Urrea Cuéllar
Universidad San Buenaventura Cali, Colombia
<https://orcid.org/0000-0001-9198-8592>

Recibido: 30 junio 2021 • Aceptado: 19 octubre 2021 • Publicado: 24 noviembre 2021

Cómo citar este artículo: Gómez Campuzano, L.C. y Urrea Cuéllar, A.M. (2021). Las representaciones sociales sobre la educación inclusiva desde la perspectiva del docente universitario. *Psicoespacios*, 15(27).
<https://doi.org/10.25057/21452776.1413>

^AAutor de correspondencia: lgomezcc@correo.iue.edu.co

Resumen

Con el objetivo de identificar las representaciones sociales de los docentes de la Institución Universitaria de Envigado acerca de la educación inclusiva, se realizó este estudio con un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo y diseño fenomenológico. Una muestra poblacional de 27 docentes de carrera sirvió para recolectar información mediante un cuestionario sometido a evaluación de expertos y estructurado en torno a cuatro categorías: 1) conocimiento sobre educación inclusiva; 2) implementación de estrategias en el aula; 3) actitudes en los espacios formativos; 4) percepción de la diversidad. Los resultados indican concepciones dominantes enmarcadas en tres enfoques: de derecho, diferencial y político. Prevalce la propuesta de adoptar mejores estrategias en las relaciones estudiante-docente y se destacan en los docentes actitudes positivas hacia los procesos inclusivos. Se concluye que es necesario acentuar y oficializar espacios de socialización para relativizar la percepción, el rol y las prácticas pedagógicas, y producir decisiones y estrategias efectivas hacia la educación inclusiva.

Palabras clave: educación inclusiva, representaciones sociales, enseñanza superior.

Abstract

With the objective of identifying the social representations of the teachers of “Institución Universitaria de Envigado” about inclusive education, this study was carried out with a qualitative approach, of a descriptive type and phenomenological design. A population sample of 27 career teachers was used to collect information through a questionnaire submitted to expert evaluation and structured around four categories: 1) knowledge about inclusive education; 2) implementation of strategies in the classroom; 3) attitudes in the formative spaces; 4) diversity perception. The results indicate dominant conceptions framed in three approaches: law, differential and political. The proposal to adopt better strategies in student-teacher relations prevails and positive attitudes towards inclusive processes are highlighted among teachers. It is concluded that it is necessary to emphasize and to formalize socialization spaces to relativize the perception, the role, and pedagogical practices, and produce effective decisions and strategies towards inclusive education.

Key words: social representations, education, higher education, and inclusive education.

Introducción

El contexto educativo actual en el mundo no desconoce las diferencias individuales; antes bien, guardando concordancia con los objetivos establecidos en la reunión 48 de la Conferencia Internacional de Educación (CIE), organizada por la Oficina Internacional de la Educación de la unesco (2008), el sistema educativo hace énfasis en la inclusión para establecer proyectos de formación y adecuaciones curriculares tendientes a brindar a las comunidades una educación oportuna y de calidad.

De acuerdo con la unesco (2015), en la medición de logros en cuanto a alfabetización, paridad de género y calidad de la educación, se ha logrado un avance significativo en el mundo. Sin embargo, estas cifras abarcan únicamente la educación primaria y el primer ciclo de la enseñanza secundaria. La unesco (2016) planteó el Objetivo de Desarrollo Sostenible 4: “garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos” (p. 20), lo que comprende la educación superior y continua para niños, niñas, jóvenes y adultos. Estos últimos, en ocasiones, cumplen la

función de docentes. Se estipula, para el año 2030, un aumento sustancial en la oferta de maestros cualificados y con buena formación, de tal forma que puedan responder adecuadamente a la diversidad y a las necesidades de los alumnos.

Para que exista una cultura inclusiva en un espacio educativo es necesario entender cuáles son las representaciones sociales (en adelante *rs*) que preceden el concepto de inclusión. Plantea Moscovici (1979) que, al aproximarse a las representaciones sociales, se requiere visibilizar lo invisible, identificar los sistemas cognitivos y las prácticas desarrolladas por los individuos en lo que consideran realidad. En este punto es conveniente enfatizar en que la percepción y actitud de los docentes influye en el éxito de la educación inclusiva. Según Tovar Puentes (2015), “las concepciones erróneas en la educación superior pueden resultar de la falta de información apropiada acerca de las necesidades y capacidades de los estudiantes” (p. 11); apreciación que confirma que las representaciones de los docentes están basadas en ideas y creencias esquematizadas en la realidad viviente.

Se retoman los conceptos de diferentes investigadores de este tema; entre ellos Oliveira et al. (2016) que exponen la escasez de publicaciones sobre inclusión en la educación superior y señalan que existen mayores estudios en la educación básica primaria. El desconocimiento de las universidades respecto a las necesidades educativas especiales perpetúa el prejuicio y las visiones estereotipadas.

En otras investigaciones se destaca la creencia en que las personas con alguna discapacidad requieren de mayores oportunidades y aceptación; no obstante, reconocen una falta de apoyo externo para cumplir el proceso de inclusión universitaria (Isaacs Bornand y Mansilla Chiguay, 2014). Por su parte Hernández Álvarez (2015) y Olmos Roa et al. (2016) concuerdan en que la representación de los profesores sobre la diversidad está centrada en el ingreso al aula de estudiantes con alguna discapacidad o que provienen de contextos de vulnerabilidad psicosocial. En este sentido, la diversidad se expone como sinónimo de déficit, complejidad, riesgo social y hasta enfermedad. Entre los docentes no se identifica una concepción desde las potencialidades, por lo cual evidencian una necesidad de ampliar las estrategias de enseñanza (Tovar Puentes, 2015).

No obstante, en general los docentes se sienten más comprometidos con la necesidad de capacitarse para adquirir mejores herramientas y solicitan a las Instituciones de Educación Superior (en adelante ies) contar con una política que garantice los factores para la educación inclusiva. Sin embargo, cuando se requiere un esfuerzo concreto o una actuación real, se pone en evidencia que las personas en constante capacitación sostienen una actitud positiva frente al tema, mientras sus sentimientos en la práctica tienden a ser negativos (Sevilla Santo et al., 2017; Gajardo y Torrego, 2020; Navarro-Mateu et al., 2020).

A su vez, se hallan investigaciones en las que se concluye la directa relación entre las actitudes del docente y su autoeficacia: se evidencia que, a menor nivel de ansiedad, mayor autoeficacia en la implementación de instrucciones inclusivas y la gestión de los comportamientos de los estudiantes. Estos hallazgos amplían la necesidad de fortalecer la eficacia de los docentes reduciendo las barreras prácticas y aumentando sus actitudes positivas hacia la inclusión (Lister et al., 2021; Li y Cheung, 2021).

La palabra inclusión se adoptó dentro de los procesos educativos, mas no se ejecuta a cabalidad; aún se identifican barreras de aprendizaje y retos. Los resultados de Mejía Zapata (2019), Rodríguez Pérez (2019) y Collins et al. (2019) señalan desafíos como el mejoramiento de planes que integran la formación de docentes inclusivos, la consolidación de proyectos de impacto social y la participación de todos los agentes del contexto, de modo que se garantice el derecho fundamental a la educación de calidad.

Representaciones sociales y educación

Las representaciones sociales han sido un tema de interés de la psicología a lo largo de la historia, por ello se retoma a Hogg y Vaughan (2010) quienes explican que la psicología social por muchos años se ha interesado en el estudio del pensamiento social y su pluralidad. Cabe destacar que Moscovici (1984), citado en Perera Pérez (2003), define las representaciones sociales como “fenómenos específicos que se relacionan con una manera particular de entender y comunicar, manera que crea la realidad y el sentido común” (p. 6). Se consideran dinámicas, circulan y se entrecruzan.

Las actitudes de los sujetos frente a un elemento están basadas en el marco evalua-

tivo representacional y un cambio de actitud hacia ese elemento adjudica cambios en el marco evaluativo de la representación de este (Moliner y Tafani, 1997, citados por Hogg y Vaughan, 2010). Por consiguiente, es necesario mencionar a otros autores de la línea moscoviciana; Jodelet (2011) expresa que las rs son instrumentos mentales, correspondientes al conocimiento del sentido común constituido a partir de la experiencia cotidiana. Los describe como programas de percepción o estatus de teoría genuina, por lo cual estos instrumentos permiten interpretar la continuidad de la realidad subjetiva o las realidades sociales.

Ahora bien, la perspectiva de las rs en el ámbito institucional comprende los actores y la diversidad de los ambientes educativos. Conforme con lo anterior, las tradicionales funciones del sistema educativo se han renovado debido a las exigencias del entorno y, junto a estas modificaciones, la responsabilidad de algunos profesionales se ha incrementado (Jodelet, 2011).

La educación, en general, puede estar correctamente planificada, con adecuados lineamientos políticos, orientados a satisfacer las necesidades sociales actuales; sin embargo, se requiere una voluntad concreta de los docentes para materializar las directrices, dado que son los protagonistas en la implementación de estrategias inclusivas al interior del aula. Esto es ejemplificado por Piña Osorio y Cuevas Cajiga (2004): “las creencias de algunos de ellos sobre lo que es la formación ideal, o sobre la forma de enseñar, o bien la familiaridad con los contenidos pueden propiciar giros en el diseño de ese plan de estudios” (p. 4).

Teniendo claro que las representaciones sociales son producto y proceso de las interacciones intersubjetivas y por ende pueden dar cuenta de las problemáticas sociales, adquiere participación el término de inclusión; por tal motivo inmiscuye a todos

los actores sociales indiscriminadamente si tienen contacto directo o indirecto con personas con características diversas. Como lo plantean Arizabaleta Domínguez y Ochoa Cubillos (2016) la inclusión es una tarea que le concierne a todos sin definición de roles o contextos; si se habla de inclusión específicamente de las ies, estas también deben involucrar a la colectividad, partiendo desde la gestión administrativa, financiera, académica y comunitaria.

Lineamientos normativos

Desde el contexto normativo colombiano, en el 2013 se dan a conocer los lineamientos de la política de educación superior inclusiva, teniendo como fin fomentar en todos los espacios universitarios la educación de calidad sin anular la diversidad. Así pues, el Consejo Nacional de Educación Superior (2014) lanza el Acuerdo por lo superior 2034 “Propuesta de política pública para la excelencia de la educación superior en Colombia”, en el que se prepondera el impacto de la educación en la transformación y la movilidad social. Este acuerdo impacta otras normas, decretos, ordenanzas, directivas, estatutos y reglamentos institucionales.

En el plan estratégico del Acuerdo por lo superior 2034 se encuentran líneas directrices como el desarrollo de un modelo de educación inclusiva, la comunidad universitaria y el bienestar; este último incluye la dignificación y la mejora de la actividad docente. Asimismo, en Colombia se expidieron leyes y decretos que refuerzan la educación inclusiva en ciertas poblaciones específicas, por ejemplo, la Ley 1618 (Congreso de la República, 2013) y el Decreto 1421 (Presidencia de la República, 2017), ambos dirigidos a los estudiantes con discapacidad o necesidades educativas especiales.

Por ende y en concordancia con la normatividad, la educación inclusiva tiene éxito

si y solo si todos los miembros de la comunidad académica aportan para llevar a cabo los procesos de participación, calidad, equidad y diversidad al interior de la comunidad. Destacan Arizabaleta Domínguez y Ochoa Cubillos (2016) que una de las barreras del aprendizaje incluye a los docentes y su desconocimiento respecto de la educación inclusiva, la normatividad y el deber profesional. Sugieren al profesorado impartir una formación que tome en consideración la multiplicidad de ritmos y aprendizajes de los estudiantes.

Inclusión y estrategias pedagógicas

La inclusión en la realidad educativa es un proceso orientado a la atención de las necesidades de toda la población asistente a los espacios educativos. Según Jiménez y Vilá (1999), citados en Moliner García (2013), este proceso requiere ciertas aclaraciones indispensables: los fundamentos de la inclusión distan del proceso de integración, la base ideológica es dialógica y ética y, por último, se hace uso de estrategias educativas enfatizadas en la interacción y la calidad. Esta no exige condiciones para el acceso de estudiantes, sino que defiende el derecho a la educación, la participación y la presentación de oportunidades igualitarias (Parra Dussan, 2010). Lo anterior se aparta del usual asistencialismo que se ha venido gestando en Latinoamérica.

Un docente inclusivo se caracteriza por el compromiso de ayudar a los estudiantes, el conocimiento de la didáctica, la utilización de diversos modos de enseñanza, la flexibilidad en la resolución inmediata de necesidades, el trabajo en equipo, la reflexión constante sobre su propia práctica, entre otros (Ortiz Jiménez et al., 2018). Es necesario aclarar que la diversidad se ha visto como un concepto anclado a lo problemático, por lo cual un docente debe formarse con el fin de brindar apoyo y respuestas oportunas.

Por lo tanto, es preciso el desarrollo de actitudes, habilidades y destrezas aplicadas con entereza a la educación inclusiva. El desarrollo de estas actitudes comprende: preparación cognitiva y afectiva; esta última hace referencia al nivel de aceptación, interés y disposición ante la diversidad (Cabero-Almeñana y Valencia-Ortíz, 2018; Navarro-Mateu et al., 2020).

Con base en lo anterior es importante identificar las representaciones sociales que tienen los docentes y motivar así la disertación sobre las mismas, con el fin de contribuir a una atención asertiva respecto a la diversidad junto con una transformación de la Institución Universitaria de Envigado (iue); por lo cual se plantea la siguiente pregunta: ¿cuáles son las representaciones sociales de los docentes de la iue sobre la educación inclusiva?

Método

Diseño

El enfoque en el cual se desarrolla la presente investigación es cualitativo fenomenológico; se parte de la experiencia docente para identificar los significados que le otorgan a la educación inclusiva. Ratifican Bogden y Biklen (2003), citados por Hernández Sampieri et al. (2014), que el diseño fenomenológico, cuyo pilar es la subjetividad, concibe que no hay objeto sin sujeto y los fenómenos son determinados por la descripción e interpretación de quien los observó.

Población

La muestra fue no probabilística, intencional y guiada por el interés manifiesto de los docentes (con su consentimiento informado). Fue un criterio de inclusión para participar en la investigación que estuvieran vinculados a la universidad en calidad de docentes

de planta. En la tabla 1 se muestran algunos datos sociodemográficos de la población y se enuncian los conocimientos básicos de los docentes sobre educación inclusiva.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y conocimientos básicos de educación inclusiva.

Variables	N°	%
Edad	30-39	8 29,6
	40-49	5 18,5
	50-59	12 44,4
	60-69	1 3,7
	70-79	1 3,7
Sexo	Femenino	7 25,9
	Masculino	20 74,1
Facultad	Ciencias Empresariales	9 33,3
	Ciencias Jurídicas y Políticas	4 14,8
	Ciencias Sociales	10 37
	Ingeniería	4 14,8
¿Ha participado en procesos de capacitación en educación inclusiva?	Sí	14 51,8
	No	13 48,1
¿Conoce la reglamentación y las políticas educativas que apoyan la inclusión?	Si	17 62,9
	No	10 37

Fuente: elaboración propia

Instrumento

Se estructuró la guía de preguntas para el cuestionario; el instrumento fue sometido a valoración de expertos. Incluyó preguntas abiertas y cerradas, al igual que preguntas de asociación libre, abordando especialmente cuatro categorías: conocimiento sobre los procesos de educación inclusiva, implementación de estrategias tanto personales como

de enseñanza para tratar la diversidad en el aula, actitudes para tener en cuenta en los espacios formativos inclusivos y, por último, percepción de la diversidad.

Este tipo de cuestionario con preguntas abiertas no determina alternativas de respuesta; como plantea Araya Umaña (2002), esta técnica permite indagar sobre los mismos dominios, respetando la particularidad de sus experiencias, percepciones y creencias.

La teoría de redes semánticas o asociación libre consiste en inducir un estímulo-concepto, para que el sujeto escriba cada una de las palabras que asocia libremente con el estímulo. Permite actualizar elementos implícitos obviados en los discursos cotidianos. Dicho de otra forma, se generan redes de valores y significados en relación con un área en especial, se obtienen datos referentes a la organización cognitiva (Vera-Noriega et al., 2005).

Procedimiento

La investigación se efectuó en las siguientes fases:

Fase I: se estructura el cuestionario; se verifica la fiabilidad del instrumento por medio del juicio de expertos.

Fase II: se solicita a la oficina de gestión y talento humano acceso a la base de datos de los docentes de planta de las diferentes facultades de la institución, posteriormente se invita a los docentes a participar y se socializan los objetivos.

Fase III: se realiza el análisis de contenido por categoría y codificación abierta, se obtienen los resultados y se procede a evaluar la calidad del estudio.

Consideraciones éticas

Es de resaltar que durante la investigación se tienen presentes aspectos concernientes a los principios éticos, el cuidado y el manejo

adecuado de la información, la confidencialidad, el respeto por la dignidad, el bienestar y los derechos de las personas participantes. Se cumple con la Ley 1090 (Congreso de la República, 2006) que dicta los principios generales del Código Deontológico que rige el quehacer del psicólogo.

Resultados

La inclusión como componente social

Se indaga sobre las recomendaciones para un proceso inclusivo en el aula y las instancias decisorias en la implementación de las políticas públicas de inclusión en la práctica pedagógica cotidiana. Algunas de las respuestas de los docentes fueron las siguientes. Docente #1: “Responder ante este tipo de población a partir de un interés real por atenderlos y no por la necesidad de cumplir la normatividad existente”. Docente #12: “Mayor capacitación, acompañamiento a los docentes y estudiantes”. Docente #13: “Posibilitar a los docentes espacios más amplios de asesoría y acompañamiento a todos los estudiantes”. Docente #15: “Generar conciencia en otros docentes; desarrollar prácticas inclusivas no es sinónimo de bajar el nivel académico o educativo”. Docente #16: “El reconocimiento de los diferentes intereses e historias de los estudiantes, propendiendo por lograr una equidad que permita dentro del aula que todos puedan lograr sus competencias específicas y los criterios de desempeño esperados”. Todo lo anteriormente expuesto deja vislumbrar que la inclusión es percibida como un proceso que involucra tanto a docentes como a estudiantes y a directivos de la institución. Se destacan aspectos como el diálogo y la ética, estrategias enfocadas en la interacción y la participación general de toda la comunidad educativa.

La percepción de la educación inclusiva

En consideración con los conceptos que los docentes produjeron en respuesta al término inductor “educación inclusiva”, se encontraron dos subcategorías prevalentes: la educación participativa o democrática y la educación integradora. Por una parte, se alude la educación participativa o democrática. Los docentes exponen, al respecto, lo siguiente. Docente #2: “Educación participativa y democrática, y con posibilidades de crecimiento”. Docente #9: “Democracia, participación, cobertura, equidad, derechos, oportunidades”. Docente #14: “Diversidad, multiversos, complejidad, vínculos, incluir lo diverso, pluricultural”. Docente #15: “Diversidad, participación, equidad, método de diseño universal para el aprendizaje (dua), inclusión no es lo mismo que integración”. Docente #21: “Desarrollo humano, sentido social, apoyo, oportunidades”.

Por otra parte, para algunos docentes los elementos que constituyen el universo semántico hacen alusión a una educación integradora basada en la atención a las necesidades educativas especiales o a ciertas condiciones específicas, ya sean cognitivas, físicas o sociales. Docente #3: “Dificultades de aprendizaje, limitaciones sensoriales, metodologías de enseñanza flexibles y alternativas.”. Docente #10: “Personas con dificultades de aprendizaje; personas con dificultades para interactuar en el modelo de escuela reglamentado en Colombia (o en cualquier sitio); personas con capacidades por fuera de la media estadística.”. Docente #16: “Diversidad en las necesidades de aprendizaje, especial énfasis en beneficio a los más vulnerables a la exclusión y marginalidad.”. Docente #18: “Educación al alcance de la mayoría de población y en especial a la población más vulnerable de la sociedad”.

Docente inclusivo

Se determinan tanto las estrategias pedagógicas que han implementado en su práctica, como las actitudes y percepciones de los docentes sobre los procesos de inclusión al interior de los espacios formativos.

En las prácticas pedagógicas inclusivas implementadas por los docentes en sus clases se encuentran diferentes trechos informativos, se evidencia la descripción de prácticas pedagógicas inclusivas muy específicas, tales como comparten los docentes. Docente #5: “Juegos de roles, de identidad, intercambio de posturas en mesas redondas, vídeos que integren el pensamiento diverso”. Docente #15: “Diseño de prácticas de laboratorio con el método dua, material digital legible en pdf, libros digitales en la bases de la iue, implementación de adecuaciones en métodos de evaluación, utilización de material audiovisual complementario”. Docente #16: “El Modelo Pedagógico Dialógico de la iue. Además de otras como los tutoriales”. La lista anterior denota una premeditación y la esperada ejecución de estrategias pedagógicas, se observa la capacidad volitiva e intencional de atender tanto las necesidades del quehacer profesional como las necesidades formativas de los participantes del aula.

Un grupo de docentes reitera el papel de inclusión inherente a la pedagogía. Docente #24: “Todas las prácticas pueden llegar a ser inclusivas, ello depende de la misma concepción que se tenga de la pedagogía. Si se piensa la pedagogía como aquello determinado rígidamente por un conjunto de procesos que deben ser materializados sin tener en cuenta la singularidad del estudiante, esa sería una pedagogía fundada en un modelo idea y discriminatorio, pero si se piensa la pedagogía como un sistema que debe flexibilizarse en función de la relación del estudiante y el profesor con respecto al saber, allí esa pedagogía

puede volverse incluyente, tanto del estudiante como del profesor.”

Al indagar sobre la variación en emociones y actitudes cuando se relacionan con personas con características que las hacen diversas, se hallan dos subcategorías predominantes: actitudes positivas y actitudes pasivas. Las positivas (paternalismo—compromiso—aceptación) perciben la inclusión desde el afecto. Docente #1: “Siento que debo ser más respetuoso en el trato que en los demás casos”. Docente #10: “La emoción del reto”. Docente #11: “Temor de no hacer lo correcto y generar daño”. Docente #12: “Preocupación por hacerme entender”. Docente #27: “Siento admiración, pero requeriría capacitación para brindar una clase”. Docente #24: “Me siento complacido cuando un otro con el que entro en relación pedagógica puede llegar a producir un pensar distinto, me siento un poco triste cuando el proceso pedagógico no ha producido un movimiento”. Por otro lado, en las actitudes pasivas se niega cualquier variación emocional o comportamental. Docente #18: “En lo particular no me afecta, espero de todos por igual el mismo rendimiento académico en clase”.

En cuanto a las experiencias con la población diversa en la práctica pedagógica, se halla que cinco docentes no han experimentado situaciones relacionadas con la diversidad y, por ende, con los procesos de inclusión. No obstante, hay dos subcategorías esenciales; la primera cohorte percibe la diversidad desde el enfoque especificador de poblaciones y la segunda desde el enfoque de derechos.

Desde el enfoque diferencial, se mencionan poblaciones con condiciones precisas. Docente #4: “Hace 13 años tuve una estudiante invidente en la iue. Fue todo un reto. Al principio no le preguntaba, porque creía que así ella no se sentiría mal. En la tercera o cuarta clase, ella me hizo el reclamo y empecé a tratarla como a los otros, con excepción

de la evaluación”. Docente #6: “Trabajo con negros afrodescendientes, a partir del quehacer del colectivo de estudiantes universitarios afrodescendientes”. Docente #14: “Con la población lgbtqi he investigado para generar políticas públicas en Envidado, fue una experiencia muy enriquecedora descubrir la magia de la diversidad que nos rodea y la queremos invisibilizar”. Se puede observar que la nomenclatura empleada es positiva, también demuestra la importancia de la identificación y al mismo tiempo el compromiso con ciertos grupos poblacionales.

Finalmente, el enfoque de derecho parte del reconocimiento del otro y de su respectiva singularidad. Docente #10: “Considero población diversa a aquella que rompe los estereotipos no solo de boca sino de manera real en la interacción”. Docente #24: “Hablar de población diversa, para mí, implica hablar de la población en sí, ella es fundamentalmente diversa. La diversidad no se instala por la presencia de una raza, un género, una preferencia sexual o política que no sea hegemónica, sino en el ejercicio de poder llegar a pensar distinto. La diversidad no es algo que está en el principio como condición ontológica comparada, la diversidad es aquello a que se puede llegar o no en un proceso de aprendizaje”. En este trecho informacional la diversidad existe en todo y en todos, se da relieve a la indivisibilidad y a la acción misma de participar en cualquier espacio de forma libre.

Discusión

Se debe resaltar que se identifican dos tipos de conocimiento de la educación inclusiva: el orientado a la atención a la diversidad que parte desde la inclusión social y el conocimiento de la inclusión como un proceso integrador. Por una parte, el conocimiento orientado a la atención a la diversidad que parte desde la inclusión social hacia el sis-

tema educativo elimina cualquier trato diferenciado sin justificación, pues se concibe la diferencia como condición inherente del ser humano. Esto hace que cualquier proceso que se lleve a cabo al interior de la institución implique ineludiblemente el reconocimiento de la diversidad. Lo anterior converge con lo expuesto por Sevilla Santo et al. (2017):

Se vincula con la multiculturalidad de los actores educativos; se reconoce que existen diferentes ritmos y estilos de aprendizaje e intereses por parte de los alumnos, así como diferentes ritmos y estilos de enseñanza e intereses por parte de los profesores (p. 24).

Por otro lado, se halla el conocimiento de la inclusión como un proceso integrador. En este sistema se contempla que la inclusión requiere de un esfuerzo mayor por parte de todos los actores educativos, ya que se pretende integrar o incorporar en el aula a personas con diferentes condiciones (físicas, cognitivas, motoras o sensoriales) y situaciones (familiares, sociales, laborales o personales). Es conveniente mencionar que este sistema de conocimientos privilegia las diferencias. El objetivo final es el acceso de las personas a la educación, tal como lo expuso Aplazaba (2014).

En este sentido, surge el factor del desconocimiento. Según los hallazgos, un 48% de los docentes ha participado en procesos de capacitación sobre educación inclusiva; no obstante, los docentes reconocen la necesidad de formarse continuamente e implementar modificaciones en los elementos del proceso enseñanza-aprendizaje; lo anterior incluye cambios actitudinales (relación profesor-estudiante) y cambios en la pedagogía (planificación, evaluación, estrategias de intervención, retroalimentación, entre otros) con el fin de optimizar recursos, brindar procesos de mayor calidad y dar cobertura a las necesidades de la población estudiantil. Estos hallazgos se relacionan con lo enunciado por Paz Maldonado (2018), quien afirma que la

educación superior debe adaptar sus modalidades a las realidades sociales y que se deben “implementar nuevas metodologías de aprendizaje y diseñar otras formas de evaluación para construir mejores espacios educativos” (p. 2).

Según Araya Umaña (2002), el análisis de las redes semánticas identificadas por medio de la técnica de asociación libre, incluida en el cuestionario aplicado, permite evidenciar elementos implícitos o latentes que son en muchas ocasiones enmascarados. Se hallan términos generalmente positivos y conceptos clasificatorios que no vislumbran apertura. Aun así, no son desfavorables; lo que evidencia el refuerzo de la política de integración.

También se identifican percepciones frente a la diversidad en tres niveles: asistencialista, de aceptación y compromiso; lo que permite establecer que en las redes semánticas existe una ambivalencia, demostrando una perspectiva abierta a la diversidad, pero concomitantemente algunos docentes evalúan su experiencia inclusiva con acciones asistencialistas que fomentan la sobreprotección en el sujeto vulnerable. Esto puede entorpecer el proceso, es decir, responde a una necesidad momentánea, pero no constituye un cambio general. Lo anterior converge con la percepción de la inclusión desde la discapacidad, la enfermedad, la ayuda y hasta la minimización de habilidades (Marín Marín, 2014).

Se hace necesario entonces un enfoque de la inclusión desde la aceptación de la singularidad y la subjetividad, que dé lugar a que los docentes desarrollen el deseo de realizar adecuaciones pertinentes y puedan comprometerse con los procesos de participación, responsabilidad compartida y deliberación crítica, que van en sintonía con el *modelo pedagógico dialógico* y la calidad de la educación que ofrece la Institución Universitaria. Según Rodríguez Pérez (2019):

el aprendizaje dialógico se enmarca en la concepción socioconstructivista del aprendizaje, de aquí, la importancia de que la práctica docente sea desarrollada en espacios dialógicos, de interacción y de comunicación entre los participantes para promover la construcción del conocimiento consensuado (p. 10).

En este punto es necesario discutir sobre las concepciones dominantes que la pesquisa nos permite determinar. Se encontraron diferentes sistemas de valores, ideas y prácticas enmarcadas en tres enfoques: de derechos, diferencial y político. El primer enfoque considera que cualquier persona es sujeto de derecho; en esta se incluyen términos como equidad, oportunidad y participación. Desde esta perspectiva, la inclusión no se refiere a manifestar una propensión y ayuda al otro, sino a facilitar su inclusión en la sociedad desde sus derechos (Isaacs Bornand y Mansilla Chiguay, 2014).

En el enfoque diferencial se observa que los docentes vinculan el concepto *diversidad* con la educación orientada a atender dificultades específicas de los alumnos, ya sea que estén formuladas en un factor diagnóstico (psicológico, psiquiátrico, médico) o en factores psicosociales y culturales que posicionan al sujeto en un lugar de vulnerabilidad y riesgo. Así mismo lo argumentan Olmos Roa et al. (2016): “al uso de clasificaciones que desvalorizan a aquellos estudiantes que no se acercan a este modelo “normalizador” (p. 15).

Finalmente se encuentran los docentes que proporcionan trechos informacionales enfocados en factores legislativos y el apoyo político, considerando como parte del mejoramiento del proceso de inclusión la implementación y ejecución efectiva de leyes, decretos, ordenanzas y resoluciones. Los factores legislativos y políticos no se limitan única y exclusivamente a la generación o establecimiento de unas directrices normativas para la implementación de programas de

educación inclusiva, sino que además se trasladan de lo textual a un ámbito de acción, esto es la manifestación real de la voluntad y de las normas.

Es importante aclarar que la inclusión es un componente social, los docentes no son los únicos encargados de los procesos; es significativo que el colectivo estudiantil también sea preparado de forma que los mismos estudiantes tengan representaciones sociales de apertura hacia temas que incluyen respeto y diversidad, entendiendo que todos convergen en un mismo contexto.

En este estudio se prioriza el análisis discursivo más que la realización de generalizaciones. Se invita a la comunidad educativa en general a replicar estudios sobre representaciones sociales en espacios formativos específicos, para iniciar el reconocimiento del discurso imperante y proponer procesos de reflexión a partir de los hallazgos en los que se busque una coherencia entre discursos y prácticas.

Conclusiones

El análisis de los datos recogidos posibilita una reflexión sobre la percepción de los docentes respecto a la diversidad en el aula. Aunque es un tema sumamente estudiado, no se encuentra concluido, ya que existe en él un componente contextual. Con todo, en respuesta al objetivo principal de esta investigación, se identifican tres enfoques en las representaciones sociales, en los que se percibe la educación inclusiva desde los derechos, lo diferencial y lo político.

Se evidencia que no existe un concepto unificado y dominante del término inductor entre los discursos proporcionados por los docentes, lo que permite vislumbrar la complejidad de las representaciones sociales, por la cantidad de elementos que las integran, el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento del sistema social.

Se reconoce la limitación metodológica referente a los datos auto informados, ya que no se realizó verificación independiente, en vista de que el acceso a la información se complejizó debido a la coyuntura de salud pública ocasionada por el covid-19.

Además, se deduce que las redes semánticas están dotadas de conocimiento y afecto, cuyos núcleos figurativos son la deficiencia y la participación, siendo la primera la más frecuente según los resultados obtenidos; no obstante, se identifica un discurso de aceptación. Por tanto, es necesario socializar y reforzar estas concepciones positivas que tienden a visualizar a los jóvenes desde su potencialidad, modificando la concepción tradicional sobre inclusión en la educación superior.

Se destacan algunos factores que influyen positivamente la percepción de los docentes, como lo son el género, la capacitación o nivel de contacto con la educación inclusiva y la edad. Esto sugiere que tanto los procesos de capacitación como la experiencia afectan positivamente las actitudes hacia la inclusión educativa.

En este sentido, se resalta la necesidad de ofrecer procesos de capacitación y reflexión, sin exclusión por grupos o roles al interior de la institución. Para ello se sugiere gestionar espacios de socialización que le permitan a los docentes relativizar la percepción, el rol y las estrategias pedagógicas, y que finalmente permitan cerrar las brechas de conocimiento que limitan las acciones efectivas hacia la educación inclusiva.

Referencias

- Aplazaba, M. (2014). Representaciones sociales de profesores respecto de la diversidad escolar en relación a los contextos de desempeño profesional, prácticas y formación inicial. *Estudios pedagógicos*, 40(1). <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052014000100001>

- Araya Umaña, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión* (1ª. ed.). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Arizabaleta Domínguez, S. L. y Ochoa Cubillos, A. F. (2016). Hacia una educación superior inclusiva en Colombia. *Pedagogía y Saberes*, (45) 41-52. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-24942016000200005&lng=en&tlng=es.
- Cabero-Almenara, J. y Valencia Ortíz, R. (2018). Teacher education in ICT: contributions from different training models. *Revista Caribeña de Investigación Educativa*, 2(2), 61-76. <https://doi.org/10.32541/recie.2018.v2i2.pp61-76>
- Collins, A., Azmat, F. y Rentschler, R. (2019). 'Bringing everyone on the same journey': revisiting inclusion in higher education. *Studies in Higher Education*, 44(8), 1475-1487. <https://doi.org/10.1080/03075079.2018.1450852>
- Colombia, Congreso de la República. (2006, 6 de septiembre). Ley 1090 de 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 46383. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Colombia, Congreso de la República. (2013, 27 de febrero). Ley 1618 de 2013. *Por la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad*. Diario Oficial 48717. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/de/ps/documento-balance-1618-2013-240517.pdf>
- Colombia, Consejo Nacional de Educación Superior. (2014). Acuerdo por lo Superior 2034. *Propuesta de política pública para la excelencia de la educación superior en Colombia en el escenario de la paz*. https://www.dialogoeducacionsuperior.edu.co/1750/articles-321515_recurso_1.pdf
- Colombia, Presidencia de la República. (2017, 29 de agosto). Decreto 1421 de 2017. *Por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad*. https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-381928.html?_noredirect=1
- Gajardo, K. y Torrego, L. (2020). Representaciones sociales sobre inclusión educativa de una nueva generación docente. *Revista Educación, Política Y Sociedad*, 5(1), 11-38. <https://revistas.uam.es/reps/article/view/12187>
- Hernández Álvarez, B. E. (2015). Representaciones sociales de docentes de secundaria sobre la inclusión de estudiantes sordos en el aula regular. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 46, 102-114. <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/702/1229>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª. ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Hogg, M. A. y Vaughan G. M. (2010). *Psicología Social* (5a. ed.) Editorial Medica Panamericana S.A. <https://books.google.cl/books?id=7cr-hnqbQIR4C&printsec=copyright&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Isaacs Bornand, M. A. y Mansilla Chiguay, L. (2014). Representaciones sociales sobre inclusión de personas con discapacidad en educación superior. *REXE: Revista de estudios y experiencias en educación*, 13(26), 117-130. <http://www.rexe.cl/ojournal/index.php/rexe/article/view/37/39>
- Jodelet, D. (2011). Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco. Revista de Educación*, 21, 133-154. <https://www.redalyc.org/pdf/3845/384539803006.pdf>
- Li, K. M. y Cheung, R. Y. M. (2021). Pre-service Teachers' Self-efficacy in Implementing Inclusive Education in Hong Kong: The Roles of Attitudes, Sentiments, and Concerns. *International Journal of Disability, Development and Education*, 68(2), 259-269. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1678743>
- Lister, K., Pearson, V. K., Collins, T. D. y Davies, G. J. (2021). Evaluating inclusion in distance learning: a survey of university staff attitudes, practices and training needs. *Innovation*,

- 34(3), 321-339. <https://doi.org/10.1080/13511610.2020.1828048>
- Marín Marín, C. I. (2014). *Representaciones sociales sobre discapacidad y educación inclusiva* [tesis de maestría, Universidad Pedagógica Nacional]. Repositorio Institucional Universidad Pedagógica Nacional. <http://hdl.handle.net/20.500.12209/978>
- Mejía Zapata, S. I. (2019). Diversidad funcional e inclusión en Instituciones de Educación Superior (IES) en Medellín. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 36(2), 151-164. <https://www.redalyc.org/journal/180/18060566009/html/>
- Moliner García, O. (2013). *Educación inclusiva*. Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul S. A.
- Navarro-Mateu, D., Franco-Ochoa, J., Valero-Moreno, S. y Prado-Gascó, V. (2020). Attitudes, Sentiments, and Concerns About Inclusive Education of Teachers and Teaching Students in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11(521) 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00521>
- Parra Dussan, C. (2010). Educación inclusiva: Un modelo de educación para todos. *Revista ISEES*, 8, 73-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3777544>
- Paz Maldonado, E. (2018). Competencias del Profesorado Universitario para la Atención a la Diversidad en la Educación Superior. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 12(2), 115-131. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782018000200115>
- Perera Pérez, M. (2003). *A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. CIPS-Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf
- Piña Osorio, J. M. y Cuevas Cajiga, Y. (2004). La teoría de las representaciones sociales: Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles educativos*, 26(105-106), 102-124. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982004000100005&lng=es&tlng=es.
- Oliveira, R., Oliveira, S. M., Oliveira, N., Trezza, M. C., Ramos, I. y Freitas, D. (2016). A Inclusão De Pessoas Com Necessidades Especiais no Ensino Superior. *Revista Brasileira De Educação Especial*, 22(2), 299-314. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382216000200011>
- Olmos Roa, A., Romo Pinales, M. R. y Arias Vera, L. M. (2016). Reflexiones Docentes sobre Inclusión Educativa: Relatos de Experiencia Pedagógica sobre la Diversidad Universitaria. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 10(1), 229-243. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782016000100012>
- Ortiz Jiménez, L., López Meneses, E. Figueredo Canosa, V. y Martín Padilla, A. H. (2018). *Diversidad e inclusión educativa: Respuestas innovadoras con apoyo en las tic*. Ediciones Octaedro.
- Rodríguez Pérez, M. V. (2019). Reflexión sobre las Prácticas Educativas que Realizan los Docentes Universitarios: El Caso de la Facultad de Educación de UNIMINUTO. *Formación Universitaria*, 12(1), 109-120. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062019000100109>
- Sevilla Santo, D. E., Martín Pavón, M. J. y Jenaro Río, C. (2017). Percepciones sobre la educación inclusiva: la visión de quienes se forman para docentes. *CPU-e. Revista de Investigación Educativa*, (25), 83-113. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-53082017000200083&lng=es&tlng=es.
- Tovar Puentes, K. (2015). Aproximación a las representaciones sociales de profesores universitarios sobre discapacidad visual. *Revista de Investigación*, 39(86), 221-235. <http://www.scielo.org.ve/pdf/ri/v39n86/art11.pdf>
- unesco. (2008). *Educación inclusiva: el camino hacia el futuro. XLVIII Conferencia Internacional de Educación*. Ediciones unesco. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000162787_spa
- unesco. (2015). *La Educación para Todos, 2000-2015: logros y desafíos. Informe de seguimiento*

de la EPT en el mundo. Ediciones unesco.
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232565_spa

unesco. (2016). *Educación 2030: Declaración de Incheon y Marco de Acción para la realización del Objetivo de Desarrollo Sostenible 4*. Ediciones unesco. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/>

[Santiago/pdf/ESP-Marco-de-Accion-E2030-aprobado.pdf](#)

Vera-Noriega, J. Á., Pimentel, C. E. y Batista de Albuquerque, F. J. (2005). Redes semánticas: aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y analíticos. *Ra Ximhai*, 1(3), 439-45. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46110301>



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.

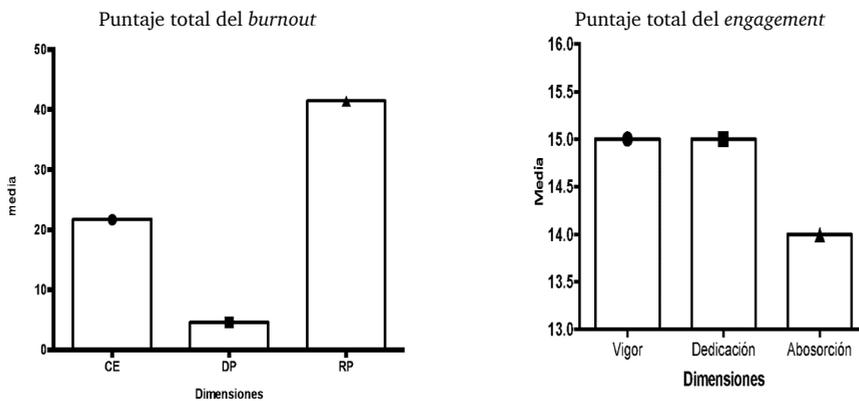


Figura 1. Puntaje total del burnout y del engagement.

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



Las representaciones sociales sobre la educación inclusiva desde la perspectiva del docente universitario

Social representations about inclusive education
from the perspective of the university teacher

Laura Cristina Gómez Campuzano^A
Institución Universitaria de Envigado, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-0892-0544>

Ángela María Urrea Cuéllar
Universidad San Buenaventura Cali, Colombia
<https://orcid.org/0000-0001-9198-8592>

Recibido: 30 junio 2021 • Aceptado: 19 octubre 2021 • Publicado: 24 noviembre 2021

Cómo citar este artículo: Gómez Campuzano, L.C. y Urrea Cuéllar, A.M. (2021). Las representaciones sociales sobre la educación inclusiva desde la perspectiva del docente universitario. *Psicoespacios*, 15(27).
<https://doi.org/10.25057/21452776.1413>

^AAutor de correspondencia: lgomezcc@correo.iue.edu.co

Resumen

Con el objetivo de identificar las representaciones sociales de los docentes de la Institución Universitaria de Envigado acerca de la educación inclusiva, se realizó este estudio con un enfoque cualitativo, de tipo descriptivo y diseño fenomenológico. Una muestra poblacional de 27 docentes de carrera sirvió para recolectar información mediante un cuestionario sometido a evaluación de expertos y estructurado en torno a cuatro categorías: 1) conocimiento sobre educación inclusiva; 2) implementación de estrategias en el aula; 3) actitudes en los espacios formativos; 4) percepción de la diversidad. Los resultados indican concepciones dominantes enmarcadas en tres enfoques: de derecho, diferencial y político. Prevalce la propuesta de adoptar mejores estrategias en las relaciones estudiante-docente y se destacan en los docentes actitudes positivas hacia los procesos inclusivos. Se concluye que es necesario acentuar y oficializar espacios de socialización para relativizar la percepción, el rol y las prácticas pedagógicas, y producir decisiones y estrategias efectivas hacia la educación inclusiva.

Palabras clave: educación inclusiva, representaciones sociales, enseñanza superior.

Abstract

With the objective of identifying the social representations of the teachers of “Institución Universitaria de Envigado” about inclusive education, this study was carried out with a qualitative approach, of a descriptive type and phenomenological design. A population sample of 27 career teachers was used to collect information through a questionnaire submitted to expert evaluation and structured around four categories: 1) knowledge about inclusive education; 2) implementation of strategies in the classroom; 3) attitudes in the formative spaces; 4) diversity perception. The results indicate dominant conceptions framed in three approaches: law, differential and political. The proposal to adopt better strategies in student-teacher relations prevails and positive attitudes towards inclusive processes are highlighted among teachers. It is concluded that it is necessary to emphasize and to formalize socialization spaces to relativize the perception, the role, and pedagogical practices, and produce effective decisions and strategies towards inclusive education.

Key words: social representations, education, higher education, and inclusive education.

Introducción

El contexto educativo actual en el mundo no desconoce las diferencias individuales; antes bien, guardando concordancia con los objetivos establecidos en la reunión 48 de la Conferencia Internacional de Educación (CIE), organizada por la Oficina Internacional de la Educación de la unesco (2008), el sistema educativo hace énfasis en la inclusión para establecer proyectos de formación y adecuaciones curriculares tendientes a brindar a las comunidades una educación oportuna y de calidad.

De acuerdo con la unesco (2015), en la medición de logros en cuanto a alfabetización, paridad de género y calidad de la educación, se ha logrado un avance significativo en el mundo. Sin embargo, estas cifras abarcan únicamente la educación primaria y el primer ciclo de la enseñanza secundaria. La unesco (2016) planteó el Objetivo de Desarrollo Sostenible 4: “garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos” (p. 20), lo que comprende la educación superior y continua para niños, niñas, jóvenes y adultos. Estos últimos, en ocasiones, cumplen la

función de docentes. Se estipula, para el año 2030, un aumento sustancial en la oferta de maestros cualificados y con buena formación, de tal forma que puedan responder adecuadamente a la diversidad y a las necesidades de los alumnos.

Para que exista una cultura inclusiva en un espacio educativo es necesario entender cuáles son las representaciones sociales (en adelante *rs*) que preceden el concepto de inclusión. Plantea Moscovici (1979) que, al aproximarse a las representaciones sociales, se requiere visibilizar lo invisible, identificar los sistemas cognitivos y las prácticas desarrolladas por los individuos en lo que consideran realidad. En este punto es conveniente enfatizar en que la percepción y actitud de los docentes influye en el éxito de la educación inclusiva. Según Tovar Puentes (2015), “las concepciones erróneas en la educación superior pueden resultar de la falta de información apropiada acerca de las necesidades y capacidades de los estudiantes” (p. 11); apreciación que confirma que las representaciones de los docentes están basadas en ideas y creencias esquematizadas en la realidad viviente.

Se retoman los conceptos de diferentes investigadores de este tema; entre ellos Oliveira et al. (2016) que exponen la escasez de publicaciones sobre inclusión en la educación superior y señalan que existen mayores estudios en la educación básica primaria. El desconocimiento de las universidades respecto a las necesidades educativas especiales perpetúa el prejuicio y las visiones estereotipadas.

En otras investigaciones se destaca la creencia en que las personas con alguna discapacidad requieren de mayores oportunidades y aceptación; no obstante, reconocen una falta de apoyo externo para cumplir el proceso de inclusión universitaria (Isaacs Bornand y Mansilla Chiguay, 2014). Por su parte Hernández Álvarez (2015) y Olmos Roa et al. (2016) concuerdan en que la representación de los profesores sobre la diversidad está centrada en el ingreso al aula de estudiantes con alguna discapacidad o que provienen de contextos de vulnerabilidad psicosocial. En este sentido, la diversidad se expone como sinónimo de déficit, complejidad, riesgo social y hasta enfermedad. Entre los docentes no se identifica una concepción desde las potencialidades, por lo cual evidencian una necesidad de ampliar las estrategias de enseñanza (Tovar Puentes, 2015).

No obstante, en general los docentes se sienten más comprometidos con la necesidad de capacitarse para adquirir mejores herramientas y solicitan a las Instituciones de Educación Superior (en adelante ies) contar con una política que garantice los factores para la educación inclusiva. Sin embargo, cuando se requiere un esfuerzo concreto o una actuación real, se pone en evidencia que las personas en constante capacitación sostienen una actitud positiva frente al tema, mientras sus sentimientos en la práctica tienden a ser negativos (Sevilla Santo et al., 2017; Gajardo y Torrego, 2020; Navarro-Mateu et al., 2020).

A su vez, se hallan investigaciones en las que se concluye la directa relación entre las actitudes del docente y su autoeficacia: se evidencia que, a menor nivel de ansiedad, mayor autoeficacia en la implementación de instrucciones inclusivas y la gestión de los comportamientos de los estudiantes. Estos hallazgos amplían la necesidad de fortalecer la eficacia de los docentes reduciendo las barreras prácticas y aumentando sus actitudes positivas hacia la inclusión (Lister et al., 2021; Li y Cheung, 2021).

La palabra inclusión se adoptó dentro de los procesos educativos, mas no se ejecuta a cabalidad; aún se identifican barreras de aprendizaje y retos. Los resultados de Mejía Zapata (2019), Rodríguez Pérez (2019) y Collins et al. (2019) señalan desafíos como el mejoramiento de planes que integran la formación de docentes inclusivos, la consolidación de proyectos de impacto social y la participación de todos los agentes del contexto, de modo que se garantice el derecho fundamental a la educación de calidad.

Representaciones sociales y educación

Las representaciones sociales han sido un tema de interés de la psicología a lo largo de la historia, por ello se retoma a Hogg y Vaughan (2010) quienes explican que la psicología social por muchos años se ha interesado en el estudio del pensamiento social y su pluralidad. Cabe destacar que Moscovici (1984), citado en Perera Pérez (2003), define las representaciones sociales como “fenómenos específicos que se relacionan con una manera particular de entender y comunicar, manera que crea la realidad y el sentido común” (p. 6). Se consideran dinámicas, circulan y se entrecruzan.

Las actitudes de los sujetos frente a un elemento están basadas en el marco evalua-

tivo representacional y un cambio de actitud hacia ese elemento adjudica cambios en el marco evaluativo de la representación de este (Moliner y Tafani, 1997, citados por Hogg y Vaughan, 2010). Por consiguiente, es necesario mencionar a otros autores de la línea moscoviciana; Jodelet (2011) expresa que las rs son instrumentos mentales, correspondientes al conocimiento del sentido común constituido a partir de la experiencia cotidiana. Los describe como programas de percepción o estatus de teoría genuina, por lo cual estos instrumentos permiten interpretar la continuidad de la realidad subjetiva o las realidades sociales.

Ahora bien, la perspectiva de las rs en el ámbito institucional comprende los actores y la diversidad de los ambientes educativos. Conforme con lo anterior, las tradicionales funciones del sistema educativo se han renovado debido a las exigencias del entorno y, junto a estas modificaciones, la responsabilidad de algunos profesionales se ha incrementado (Jodelet, 2011).

La educación, en general, puede estar correctamente planificada, con adecuados lineamientos políticos, orientados a satisfacer las necesidades sociales actuales; sin embargo, se requiere una voluntad concreta de los docentes para materializar las directrices, dado que son los protagonistas en la implementación de estrategias inclusivas al interior del aula. Esto es ejemplificado por Piña Osorio y Cuevas Cajiga (2004): “las creencias de algunos de ellos sobre lo que es la formación ideal, o sobre la forma de enseñar, o bien la familiaridad con los contenidos pueden propiciar giros en el diseño de ese plan de estudios” (p. 4).

Teniendo claro que las representaciones sociales son producto y proceso de las interacciones intersubjetivas y por ende pueden dar cuenta de las problemáticas sociales, adquiere participación el término de inclusión; por tal motivo inmiscuye a todos

los actores sociales indiscriminadamente si tienen contacto directo o indirecto con personas con características diversas. Como lo plantean Arizabaleta Domínguez y Ochoa Cubillos (2016) la inclusión es una tarea que le concierne a todos sin definición de roles o contextos; si se habla de inclusión específicamente de las ies, estas también deben involucrar a la colectividad, partiendo desde la gestión administrativa, financiera, académica y comunitaria.

Lineamientos normativos

Desde el contexto normativo colombiano, en el 2013 se dan a conocer los lineamientos de la política de educación superior inclusiva, teniendo como fin fomentar en todos los espacios universitarios la educación de calidad sin anular la diversidad. Así pues, el Consejo Nacional de Educación Superior (2014) lanza el Acuerdo por lo superior 2034 “Propuesta de política pública para la excelencia de la educación superior en Colombia”, en el que se prepondera el impacto de la educación en la transformación y la movilidad social. Este acuerdo impacta otras normas, decretos, ordenanzas, directivas, estatutos y reglamentos institucionales.

En el plan estratégico del Acuerdo por lo superior 2034 se encuentran líneas directrices como el desarrollo de un modelo de educación inclusiva, la comunidad universitaria y el bienestar; este último incluye la dignificación y la mejora de la actividad docente. Asimismo, en Colombia se expidieron leyes y decretos que refuerzan la educación inclusiva en ciertas poblaciones específicas, por ejemplo, la Ley 1618 (Congreso de la República, 2013) y el Decreto 1421 (Presidencia de la República, 2017), ambos dirigidos a los estudiantes con discapacidad o necesidades educativas especiales.

Por ende y en concordancia con la normatividad, la educación inclusiva tiene éxito

si y solo si todos los miembros de la comunidad académica aportan para llevar a cabo los procesos de participación, calidad, equidad y diversidad al interior de la comunidad. Destacan Arizabaleta Domínguez y Ochoa Cubillos (2016) que una de las barreras del aprendizaje incluye a los docentes y su desconocimiento respecto de la educación inclusiva, la normatividad y el deber profesional. Sugieren al profesorado impartir una formación que tome en consideración la multiplicidad de ritmos y aprendizajes de los estudiantes.

Inclusión y estrategias pedagógicas

La inclusión en la realidad educativa es un proceso orientado a la atención de las necesidades de toda la población asistente a los espacios educativos. Según Jiménez y Vilá (1999), citados en Moliner García (2013), este proceso requiere ciertas aclaraciones indispensables: los fundamentos de la inclusión distan del proceso de integración, la base ideológica es dialógica y ética y, por último, se hace uso de estrategias educativas enfatizadas en la interacción y la calidad. Esta no exige condiciones para el acceso de estudiantes, sino que defiende el derecho a la educación, la participación y la presentación de oportunidades igualitarias (Parra Dussan, 2010). Lo anterior se aparta del usual asistencialismo que se ha venido gestando en Latinoamérica.

Un docente inclusivo se caracteriza por el compromiso de ayudar a los estudiantes, el conocimiento de la didáctica, la utilización de diversos modos de enseñanza, la flexibilidad en la resolución inmediata de necesidades, el trabajo en equipo, la reflexión constante sobre su propia práctica, entre otros (Ortiz Jiménez et al., 2018). Es necesario aclarar que la diversidad se ha visto como un concepto anclado a lo problemático, por lo cual un docente debe formarse con el fin de brindar apoyo y respuestas oportunas.

Por lo tanto, es preciso el desarrollo de actitudes, habilidades y destrezas aplicadas con entereza a la educación inclusiva. El desarrollo de estas actitudes comprende: preparación cognitiva y afectiva; esta última hace referencia al nivel de aceptación, interés y disposición ante la diversidad (Cabero-Almeñana y Valencia-Ortíz, 2018; Navarro-Mateu et al., 2020).

Con base en lo anterior es importante identificar las representaciones sociales que tienen los docentes y motivar así la disertación sobre las mismas, con el fin de contribuir a una atención asertiva respecto a la diversidad junto con una transformación de la Institución Universitaria de Envigado (iue); por lo cual se plantea la siguiente pregunta: ¿cuáles son las representaciones sociales de los docentes de la iue sobre la educación inclusiva?

Método

Diseño

El enfoque en el cual se desarrolla la presente investigación es cualitativo fenomenológico; se parte de la experiencia docente para identificar los significados que le otorgan a la educación inclusiva. Ratifican Bogden y Biklen (2003), citados por Hernández Sampieri et al. (2014), que el diseño fenomenológico, cuyo pilar es la subjetividad, concibe que no hay objeto sin sujeto y los fenómenos son determinados por la descripción e interpretación de quien los observó.

Población

La muestra fue no probabilística, intencional y guiada por el interés manifiesto de los docentes (con su consentimiento informado). Fue un criterio de inclusión para participar en la investigación que estuvieran vinculados a la universidad en calidad de docentes

de planta. En la tabla 1 se muestran algunos datos sociodemográficos de la población y se enuncian los conocimientos básicos de los docentes sobre educación inclusiva.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y conocimientos básicos de educación inclusiva.

Variables	N°	%
Edad	30-39	8 29,6
	40-49	5 18,5
	50-59	12 44,4
	60-69	1 3,7
	70-79	1 3,7
Sexo	Femenino	7 25,9
	Masculino	20 74,1
Facultad	Ciencias Empresariales	9 33,3
	Ciencias Jurídicas y Políticas	4 14,8
	Ciencias Sociales	10 37
	Ingeniería	4 14,8
¿Ha participado en procesos de capacitación en educación inclusiva?	Sí	14 51,8
	No	13 48,1
¿Conoce la reglamentación y las políticas educativas que apoyan la inclusión?	Si	17 62,9
	No	10 37

Fuente: elaboración propia

Instrumento

Se estructuró la guía de preguntas para el cuestionario; el instrumento fue sometido a valoración de expertos. Incluyó preguntas abiertas y cerradas, al igual que preguntas de asociación libre, abordando especialmente cuatro categorías: conocimiento sobre los procesos de educación inclusiva, implementación de estrategias tanto personales como

de enseñanza para tratar la diversidad en el aula, actitudes para tener en cuenta en los espacios formativos inclusivos y, por último, percepción de la diversidad.

Este tipo de cuestionario con preguntas abiertas no determina alternativas de respuesta; como plantea Araya Umaña (2002), esta técnica permite indagar sobre los mismos dominios, respetando la particularidad de sus experiencias, percepciones y creencias.

La teoría de redes semánticas o asociación libre consiste en inducir un estímulo-concepto, para que el sujeto escriba cada una de las palabras que asocia libremente con el estímulo. Permite actualizar elementos implícitos obviados en los discursos cotidianos. Dicho de otra forma, se generan redes de valores y significados en relación con un área en especial, se obtienen datos referentes a la organización cognitiva (Vera-Noriega et al., 2005).

Procedimiento

La investigación se efectuó en las siguientes fases:

Fase I: se estructura el cuestionario; se verifica la fiabilidad del instrumento por medio del juicio de expertos.

Fase II: se solicita a la oficina de gestión y talento humano acceso a la base de datos de los docentes de planta de las diferentes facultades de la institución, posteriormente se invita a los docentes a participar y se socializan los objetivos.

Fase III: se realiza el análisis de contenido por categoría y codificación abierta, se obtienen los resultados y se procede a evaluar la calidad del estudio.

Consideraciones éticas

Es de resaltar que durante la investigación se tienen presentes aspectos concernientes a los principios éticos, el cuidado y el manejo

adecuado de la información, la confidencialidad, el respeto por la dignidad, el bienestar y los derechos de las personas participantes. Se cumple con la Ley 1090 (Congreso de la República, 2006) que dicta los principios generales del Código Deontológico que rige el quehacer del psicólogo.

Resultados

La inclusión como componente social

Se indaga sobre las recomendaciones para un proceso inclusivo en el aula y las instancias decisorias en la implementación de las políticas públicas de inclusión en la práctica pedagógica cotidiana. Algunas de las respuestas de los docentes fueron las siguientes. Docente #1: “Responder ante este tipo de población a partir de un interés real por atenderlos y no por la necesidad de cumplir la normatividad existente”. Docente #12: “Mayor capacitación, acompañamiento a los docentes y estudiantes”. Docente #13: “Posibilitar a los docentes espacios más amplios de asesoría y acompañamiento a todos los estudiantes”. Docente #15: “Generar conciencia en otros docentes; desarrollar prácticas inclusivas no es sinónimo de bajar el nivel académico o educativo”. Docente #16: “El reconocimiento de los diferentes intereses e historias de los estudiantes, propendiendo por lograr una equidad que permita dentro del aula que todos puedan lograr sus competencias específicas y los criterios de desempeño esperados”. Todo lo anteriormente expuesto deja vislumbrar que la inclusión es percibida como un proceso que involucra tanto a docentes como a estudiantes y a directivos de la institución. Se destacan aspectos como el diálogo y la ética, estrategias enfocadas en la interacción y la participación general de toda la comunidad educativa.

La percepción de la educación inclusiva

En consideración con los conceptos que los docentes produjeron en respuesta al término inductor “educación inclusiva”, se encontraron dos subcategorías prevalentes: la educación participativa o democrática y la educación integradora. Por una parte, se alude la educación participativa o democrática. Los docentes exponen, al respecto, lo siguiente. Docente #2: “Educación participativa y democrática, y con posibilidades de crecimiento”. Docente #9: “Democracia, participación, cobertura, equidad, derechos, oportunidades”. Docente #14: “Diversidad, multiversos, complejidad, vínculos, incluir lo diverso, pluricultural”. Docente #15: “Diversidad, participación, equidad, método de diseño universal para el aprendizaje (dua), inclusión no es lo mismo que integración”. Docente #21: “Desarrollo humano, sentido social, apoyo, oportunidades”.

Por otra parte, para algunos docentes los elementos que constituyen el universo semántico hacen alusión a una educación integradora basada en la atención a las necesidades educativas especiales o a ciertas condiciones específicas, ya sean cognitivas, físicas o sociales. Docente #3: “Dificultades de aprendizaje, limitaciones sensoriales, metodologías de enseñanza flexibles y alternativas.”. Docente #10: “Personas con dificultades de aprendizaje; personas con dificultades para interactuar en el modelo de escuela reglamentado en Colombia (o en cualquier sitio); personas con capacidades por fuera de la media estadística.”. Docente #16: “Diversidad en las necesidades de aprendizaje, especial énfasis en beneficio a los más vulnerables a la exclusión y marginalidad.”. Docente #18: “Educación al alcance de la mayoría de población y en especial a la población más vulnerable de la sociedad”.

Docente inclusivo

Se determinan tanto las estrategias pedagógicas que han implementado en su práctica, como las actitudes y percepciones de los docentes sobre los procesos de inclusión al interior de los espacios formativos.

En las prácticas pedagógicas inclusivas implementadas por los docentes en sus clases se encuentran diferentes trechos informativos, se evidencia la descripción de prácticas pedagógicas inclusivas muy específicas, tales como comparten los docentes. Docente #5: “Juegos de roles, de identidad, intercambio de posturas en mesas redondas, vídeos que integren el pensamiento diverso”. Docente #15: “Diseño de prácticas de laboratorio con el método dua, material digital legible en pdf, libros digitales en la bases de la iue, implementación de adecuaciones en métodos de evaluación, utilización de material audiovisual complementario”. Docente #16: “El Modelo Pedagógico Dialógico de la iue. Además de otras como los tutoriales”. La lista anterior denota una premeditación y la esperada ejecución de estrategias pedagógicas, se observa la capacidad volitiva e intencional de atender tanto las necesidades del quehacer profesional como las necesidades formativas de los participantes del aula.

Un grupo de docentes reitera el papel de inclusión inherente a la pedagogía. Docente #24: “Todas las prácticas pueden llegar a ser inclusivas, ello depende de la misma concepción que se tenga de la pedagogía. Si se piensa la pedagogía como aquello determinado rígidamente por un conjunto de procesos que deben ser materializados sin tener en cuenta la singularidad del estudiante, esa sería una pedagogía fundada en un modelo idea y discriminatorio, pero si se piensa la pedagogía como un sistema que debe flexibilizarse en función de la relación del estudiante y el profesor con respecto al saber, allí esa pedagogía

puede volverse incluyente, tanto del estudiante como del profesor.”

Al indagar sobre la variación en emociones y actitudes cuando se relacionan con personas con características que las hacen diversas, se hallan dos subcategorías predominantes: actitudes positivas y actitudes pasivas. Las positivas (paternalismo—compromiso—aceptación) perciben la inclusión desde el afecto. Docente #1: “Siento que debo ser más respetuoso en el trato que en los demás casos”. Docente #10: “La emoción del reto”. Docente #11: “Temor de no hacer lo correcto y generar daño”. Docente #12: “Preocupación por hacerme entender”. Docente #27: “Siento admiración, pero requeriría capacitación para brindar una clase”. Docente #24: “Me siento complacido cuando un otro con el que entro en relación pedagógica puede llegar a producir un pensar distinto, me siento un poco triste cuando el proceso pedagógico no ha producido un movimiento”. Por otro lado, en las actitudes pasivas se niega cualquier variación emocional o comportamental. Docente #18: “En lo particular no me afecta, espero de todos por igual el mismo rendimiento académico en clase”.

En cuanto a las experiencias con la población diversa en la práctica pedagógica, se halla que cinco docentes no han experimentado situaciones relacionadas con la diversidad y, por ende, con los procesos de inclusión. No obstante, hay dos subcategorías esenciales; la primera cohorte percibe la diversidad desde el enfoque especificador de poblaciones y la segunda desde el enfoque de derechos.

Desde el enfoque diferencial, se mencionan poblaciones con condiciones precisas. Docente #4: “Hace 13 años tuve una estudiante invidente en la iue. Fue todo un reto. Al principio no le preguntaba, porque creía que así ella no se sentiría mal. En la tercera o cuarta clase, ella me hizo el reclamo y empecé a tratarla como a los otros, con excepción

de la evaluación”. Docente #6: “Trabajo con negros afrodescendientes, a partir del quehacer del colectivo de estudiantes universitarios afrodescendientes”. Docente #14: “Con la población lgbtqi he investigado para generar políticas públicas en Envidado, fue una experiencia muy enriquecedora descubrir la magia de la diversidad que nos rodea y la queremos invisibilizar”. Se puede observar que la nomenclatura empleada es positiva, también demuestra la importancia de la identificación y al mismo tiempo el compromiso con ciertos grupos poblacionales.

Finalmente, el enfoque de derecho parte del reconocimiento del otro y de su respectiva singularidad. Docente #10: “Considero población diversa a aquella que rompe los estereotipos no solo de boca sino de manera real en la interacción”. Docente #24: “Hablar de población diversa, para mí, implica hablar de la población en sí, ella es fundamentalmente diversa. La diversidad no se instala por la presencia de una raza, un género, una preferencia sexual o política que no sea hegemónica, sino en el ejercicio de poder llegar a pensar distinto. La diversidad no es algo que está en el principio como condición ontológica comparada, la diversidad es aquello a que se puede llegar o no en un proceso de aprendizaje”. En este trecho informacional la diversidad existe en todo y en todos, se da relieve a la indivisibilidad y a la acción misma de participar en cualquier espacio de forma libre.

Discusión

Se debe resaltar que se identifican dos tipos de conocimiento de la educación inclusiva: el orientado a la atención a la diversidad que parte desde la inclusión social y el conocimiento de la inclusión como un proceso integrador. Por una parte, el conocimiento orientado a la atención a la diversidad que parte desde la inclusión social hacia el sis-

tema educativo elimina cualquier trato diferenciado sin justificación, pues se concibe la diferencia como condición inherente del ser humano. Esto hace que cualquier proceso que se lleve a cabo al interior de la institución implique ineludiblemente el reconocimiento de la diversidad. Lo anterior converge con lo expuesto por Sevilla Santo et al. (2017):

Se vincula con la multiculturalidad de los actores educativos; se reconoce que existen diferentes ritmos y estilos de aprendizaje e intereses por parte de los alumnos, así como diferentes ritmos y estilos de enseñanza e intereses por parte de los profesores (p. 24).

Por otro lado, se halla el conocimiento de la inclusión como un proceso integrador. En este sistema se contempla que la inclusión requiere de un esfuerzo mayor por parte de todos los actores educativos, ya que se pretende integrar o incorporar en el aula a personas con diferentes condiciones (físicas, cognitivas, motoras o sensoriales) y situaciones (familiares, sociales, laborales o personales). Es conveniente mencionar que este sistema de conocimientos privilegia las diferencias. El objetivo final es el acceso de las personas a la educación, tal como lo expuso Aplazaba (2014).

En este sentido, surge el factor del desconocimiento. Según los hallazgos, un 48% de los docentes ha participado en procesos de capacitación sobre educación inclusiva; no obstante, los docentes reconocen la necesidad de formarse continuamente e implementar modificaciones en los elementos del proceso enseñanza-aprendizaje; lo anterior incluye cambios actitudinales (relación profesor-estudiante) y cambios en la pedagogía (planificación, evaluación, estrategias de intervención, retroalimentación, entre otros) con el fin de optimizar recursos, brindar procesos de mayor calidad y dar cobertura a las necesidades de la población estudiantil. Estos hallazgos se relacionan con lo enunciado por Paz Maldonado (2018), quien afirma que la

educación superior debe adaptar sus modalidades a las realidades sociales y que se deben “implementar nuevas metodologías de aprendizaje y diseñar otras formas de evaluación para construir mejores espacios educativos” (p. 2).

Según Araya Umaña (2002), el análisis de las redes semánticas identificadas por medio de la técnica de asociación libre, incluida en el cuestionario aplicado, permite evidenciar elementos implícitos o latentes que son en muchas ocasiones enmascarados. Se hallan términos generalmente positivos y conceptos clasificatorios que no vislumbran apertura. Aun así, no son desfavorables; lo que evidencia el refuerzo de la política de integración.

También se identifican percepciones frente a la diversidad en tres niveles: asistencialista, de aceptación y compromiso; lo que permite establecer que en las redes semánticas existe una ambivalencia, demostrando una perspectiva abierta a la diversidad, pero concomitantemente algunos docentes evalúan su experiencia inclusiva con acciones asistencialistas que fomentan la sobreprotección en el sujeto vulnerable. Esto puede entorpecer el proceso, es decir, responde a una necesidad momentánea, pero no constituye un cambio general. Lo anterior converge con la percepción de la inclusión desde la discapacidad, la enfermedad, la ayuda y hasta la minimización de habilidades (Marín Marín, 2014).

Se hace necesario entonces un enfoque de la inclusión desde la aceptación de la singularidad y la subjetividad, que dé lugar a que los docentes desarrollen el deseo de realizar adecuaciones pertinentes y puedan comprometerse con los procesos de participación, responsabilidad compartida y deliberación crítica, que van en sintonía con el *modelo pedagógico dialógico* y la calidad de la educación que ofrece la Institución Universitaria. Según Rodríguez Pérez (2019):

el aprendizaje dialógico se enmarca en la concepción socioconstructivista del aprendizaje, de aquí, la importancia de que la práctica docente sea desarrollada en espacios dialógicos, de interacción y de comunicación entre los participantes para promover la construcción del conocimiento consensuado (p. 10).

En este punto es necesario discutir sobre las concepciones dominantes que la pesquisa nos permite determinar. Se encontraron diferentes sistemas de valores, ideas y prácticas enmarcadas en tres enfoques: de derechos, diferencial y político. El primer enfoque considera que cualquier persona es sujeto de derecho; en esta se incluyen términos como equidad, oportunidad y participación. Desde esta perspectiva, la inclusión no se refiere a manifestar una propensión y ayuda al otro, sino a facilitar su inclusión en la sociedad desde sus derechos (Isaacs Bornand y Mansilla Chiguay, 2014).

En el enfoque diferencial se observa que los docentes vinculan el concepto *diversidad* con la educación orientada a atender dificultades específicas de los alumnos, ya sea que estén formuladas en un factor diagnóstico (psicológico, psiquiátrico, médico) o en factores psicosociales y culturales que posicionan al sujeto en un lugar de vulnerabilidad y riesgo. Así mismo lo argumentan Olmos Roa et al. (2016): “al uso de clasificaciones que desvalorizan a aquellos estudiantes que no se acercan a este modelo “normalizador” (p. 15).

Finalmente se encuentran los docentes que proporcionan trechos informacionales enfocados en factores legislativos y el apoyo político, considerando como parte del mejoramiento del proceso de inclusión la implementación y ejecución efectiva de leyes, decretos, ordenanzas y resoluciones. Los factores legislativos y políticos no se limitan única y exclusivamente a la generación o establecimiento de unas directrices normativas para la implementación de programas de

educación inclusiva, sino que además se trasladan de lo textual a un ámbito de acción, esto es la manifestación real de la voluntad y de las normas.

Es importante aclarar que la inclusión es un componente social, los docentes no son los únicos encargados de los procesos; es significativo que el colectivo estudiantil también sea preparado de forma que los mismos estudiantes tengan representaciones sociales de apertura hacia temas que incluyen respeto y diversidad, entendiendo que todos convergen en un mismo contexto.

En este estudio se prioriza el análisis discursivo más que la realización de generalizaciones. Se invita a la comunidad educativa en general a replicar estudios sobre representaciones sociales en espacios formativos específicos, para iniciar el reconocimiento del discurso imperante y proponer procesos de reflexión a partir de los hallazgos en los que se busque una coherencia entre discursos y prácticas.

Conclusiones

El análisis de los datos recogidos posibilita una reflexión sobre la percepción de los docentes respecto a la diversidad en el aula. Aunque es un tema sumamente estudiado, no se encuentra concluido, ya que existe en él un componente contextual. Con todo, en respuesta al objetivo principal de esta investigación, se identifican tres enfoques en las representaciones sociales, en los que se percibe la educación inclusiva desde los derechos, lo diferencial y lo político.

Se evidencia que no existe un concepto unificado y dominante del término inductor entre los discursos proporcionados por los docentes, lo que permite vislumbrar la complejidad de las representaciones sociales, por la cantidad de elementos que las integran, el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento del sistema social.

Se reconoce la limitación metodológica referente a los datos auto informados, ya que no se realizó verificación independiente, en vista de que el acceso a la información se complejizó debido a la coyuntura de salud pública ocasionada por el covid-19.

Además, se deduce que las redes semánticas están dotadas de conocimiento y afecto, cuyos núcleos figurativos son la deficiencia y la participación, siendo la primera la más frecuente según los resultados obtenidos; no obstante, se identifica un discurso de aceptación. Por tanto, es necesario socializar y reforzar estas concepciones positivas que tienden a visualizar a los jóvenes desde su potencialidad, modificando la concepción tradicional sobre inclusión en la educación superior.

Se destacan algunos factores que influyen positivamente la percepción de los docentes, como lo son el género, la capacitación o nivel de contacto con la educación inclusiva y la edad. Esto sugiere que tanto los procesos de capacitación como la experiencia afectan positivamente las actitudes hacia la inclusión educativa.

En este sentido, se resalta la necesidad de ofrecer procesos de capacitación y reflexión, sin exclusión por grupos o roles al interior de la institución. Para ello se sugiere gestionar espacios de socialización que le permitan a los docentes relativizar la percepción, el rol y las estrategias pedagógicas, y que finalmente permitan cerrar las brechas de conocimiento que limitan las acciones efectivas hacia la educación inclusiva.

Referencias

- Aplazaba, M. (2014). Representaciones sociales de profesores respecto de la diversidad escolar en relación a los contextos de desempeño profesional, prácticas y formación inicial. *Estudios pedagógicos*, 40(1). <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052014000100001>

- Araya Umaña, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión* (1ª. ed.). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Arizabaleta Domínguez, S. L. y Ochoa Cubillos, A. F. (2016). Hacia una educación superior inclusiva en Colombia. *Pedagogía y Saberes*, (45) 41-52. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-24942016000200005&lng=en&tlng=es.
- Cabero-Almenara, J. y Valencia Ortíz, R. (2018). Teacher education in ict: contributions from different training models. *Revista Caribeña de Investigación Educativa*, 2(2), 61-76. <https://doi.org/10.32541/recie.2018.v2i2.pp61-76>
- Collins, A., Azmat, F. y Rentschler, R. (2019). 'Bringing everyone on the same journey': revisiting inclusion in higher education. *Studies in Higher Education*, 44(8), 1475-1487. <https://doi.org/10.1080/03075079.2018.1450852>
- Colombia, Congreso de la República. (2006, 6 de septiembre). Ley 1090 de 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 46383. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Colombia, Congreso de la República. (2013, 27 de febrero). Ley 1618 de 2013. *Por la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad*. Diario Oficial 48717. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/de/ps/documento-balance-1618-2013-240517.pdf>
- Colombia, Consejo Nacional de Educación Superior. (2014). Acuerdo por lo Superior 2034. *Propuesta de política pública para la excelencia de la educación superior en Colombia en el escenario de la paz*. https://www.dialogoeducacionsuperior.edu.co/1750/articles-321515_recurso_1.pdf
- Colombia, Presidencia de la República. (2017, 29 de agosto). Decreto 1421 de 2017. *Por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad*. https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-381928.html?_noredirect=1
- Gajardo, K. y Torrego, L. (2020). Representaciones sociales sobre inclusión educativa de una nueva generación docente. *Revista Educación, Política Y Sociedad*, 5(1), 11-38. <https://revistas.uam.es/reps/article/view/12187>
- Hernández Álvarez, B. E. (2015). Representaciones sociales de docentes de secundaria sobre la inclusión de estudiantes sordos en el aula regular. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 46, 102-114. <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/702/1229>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª. ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Hogg, M. A. y Vaughan G. M. (2010). *Psicología Social* (5a. ed.) Editorial Medica Panamericana S.A. <https://books.google.cl/books?id=7cr-hnqbQIR4C&printsec=copyright&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Isaacs Bornand, M. A. y Mansilla Chiguay, L. (2014). Representaciones sociales sobre inclusión de personas con discapacidad en educación superior. *REXE: Revista de estudios y experiencias en educación*, 13(26), 117-130. <http://www.rexe.cl/ojournal/index.php/rexe/article/view/37/39>
- Jodelet, D. (2011). Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco. Revista de Educación*, 21, 133-154. <https://www.redalyc.org/pdf/3845/384539803006.pdf>
- Li, K. M. y Cheung, R. Y. M. (2021). Pre-service Teachers' Self-efficacy in Implementing Inclusive Education in Hong Kong: The Roles of Attitudes, Sentiments, and Concerns. *International Journal of Disability, Development and Education*, 68(2), 259-269. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1678743>
- Lister, K., Pearson, V. K., Collins, T. D. y Davies, G. J. (2021). Evaluating inclusion in distance learning: a survey of university staff attitudes, practices and training needs. *Innovation*,

- 34(3), 321-339. <https://doi.org/10.1080/13511610.2020.1828048>
- Marín Marín, C. I. (2014). *Representaciones sociales sobre discapacidad y educación inclusiva* [tesis de maestría, Universidad Pedagógica Nacional]. Repositorio Institucional Universidad Pedagógica Nacional. <http://hdl.handle.net/20.500.12209/978>
- Mejía Zapata, S. I. (2019). Diversidad funcional e inclusión en Instituciones de Educación Superior (IES) en Medellín. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 36(2), 151-164. <https://www.redalyc.org/journal/180/18060566009/html/>
- Moliner García, O. (2013). *Educación inclusiva*. Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul S. A.
- Navarro-Mateu, D., Franco-Ochoa, J., Valero-Moreno, S. y Prado-Gascó, V. (2020). Attitudes, Sentiments, and Concerns About Inclusive Education of Teachers and Teaching Students in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11(521) 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00521>
- Parra Dussan, C. (2010). Educación inclusiva: Un modelo de educación para todos. *Revista ISEES*, 8, 73-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3777544>
- Paz Maldonado, E. (2018). Competencias del Profesorado Universitario para la Atención a la Diversidad en la Educación Superior. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 12(2), 115-131. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782018000200115>
- Perera Pérez, M. (2003). *A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. CIPS-Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf
- Piña Osorio, J. M. y Cuevas Cajiga, Y. (2004). La teoría de las representaciones sociales: Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles educativos*, 26(105-106), 102-124. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982004000100005&lng=es&tlng=es.
- Oliveira, R., Oliveira, S. M., Oliveira, N., Trezza, M. C., Ramos, I. y Freitas, D. (2016). A Inclusão De Pessoas Com Necessidades Especiais no Ensino Superior. *Revista Brasileira De Educação Especial*, 22(2), 299-314. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382216000200011>
- Olmos Roa, A., Romo Pinales, M. R. y Arias Vera, L. M. (2016). Reflexiones Docentes sobre Inclusión Educativa: Relatos de Experiencia Pedagógica sobre la Diversidad Universitaria. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 10(1), 229-243. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782016000100012>
- Ortiz Jiménez, L., López Meneses, E. Figueredo Canosa, V. y Martín Padilla, A. H. (2018). *Diversidad e inclusión educativa: Respuestas innovadoras con apoyo en las tic*. Ediciones Octaedro.
- Rodríguez Pérez, M. V. (2019). Reflexión sobre las Prácticas Educativas que Realizan los Docentes Universitarios: El Caso de la Facultad de Educación de UNIMINUTO. *Formación Universitaria*, 12(1), 109-120. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062019000100109>
- Sevilla Santo, D. E., Martín Pavón, M. J. y Jenaro Río, C. (2017). Percepciones sobre la educación inclusiva: la visión de quienes se forman para docentes. *CPU-e. Revista de Investigación Educativa*, (25), 83-113. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-53082017000200083&lng=es&tlng=es.
- Tovar Puentes, K. (2015). Aproximación a las representaciones sociales de profesores universitarios sobre discapacidad visual. *Revista de Investigación*, 39(86), 221-235. <http://www.scielo.org.ve/pdf/ri/v39n86/art11.pdf>
- unesco. (2008). *Educación inclusiva: el camino hacia el futuro*. XLVIII Conferencia Internacional de Educación. Ediciones unesco. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000162787_spa
- unesco. (2015). *La Educación para Todos, 2000-2015: logros y desafíos. Informe de seguimiento*

de la EPT en el mundo. Ediciones unesco.
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232565_spa

unesco. (2016). *Educación 2030: Declaración de Incheon y Marco de Acción para la realización del Objetivo de Desarrollo Sostenible 4*. Ediciones unesco. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/>

[Santiago/pdf/ESP-Marco-de-Accion-E2030-aprobado.pdf](#)

Vera-Noriega, J. Á., Pimentel, C. E. y Batista de Albuquerque, F. J. (2005). Redes semánticas: aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y analíticos. *Ra Ximhai*, 1(3), 439-45. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46110301>



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
Camiellero	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.

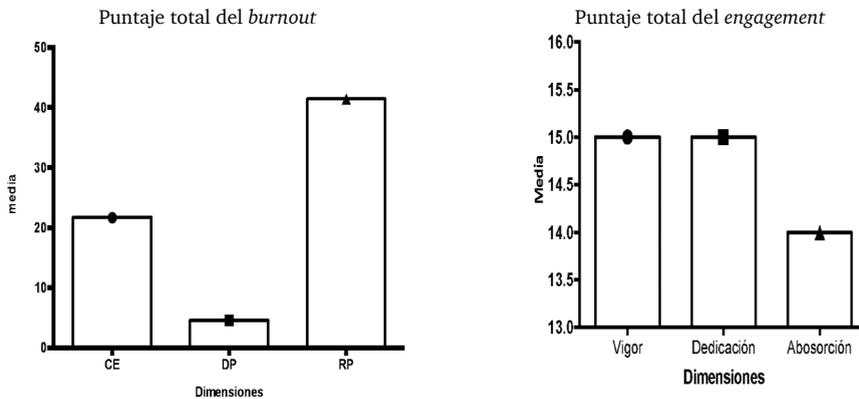


Figura 1. Puntaje total del burnout y del engagement.

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, entré 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.



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>

- Holman, D. y Walker, A. (2020). Understanding unequal ageing: towards a synthesis of intersectionality and life course analyses. *European journal of ageing*, 18(2), 1-17. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00582-7>
- Londoño, A. (2019) El síndrome de Asperger: entidad nosológica independiente o variante de los trastornos del espectro autista. *Tempus Psicológico*, 2 (1), 155-176. doi: [10.30554/tempuspsi.2.1.2567.2019](https://doi.org/10.30554/tempuspsi.2.1.2567.2019)
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G. y Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508-520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)
- Molina, S. I. (2008). Clasificaciones psiquiátricas. 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. 170-174). Editorial Médica Panamericana. <https://www.abebooks.com/book-search/isbn/9789588443010/>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final*. Génova: Comisión de la oms sobre los Determinantes Sociales de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69832>
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 457-464. <https://doi.org/10.1037/a0021701>
- Reed, G. M., Anaya, C. y Evans, S. (2012). ¿Qué es la CIE y por qué es importante para la psicología? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 461-473. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33723713007.pdf>
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., Ayuso-Mateos, J. L., ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18, 3-19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>
- Ribas, D. (1993). *Un grito oscuro, el enigma de los niños autistas*. Norma.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>.
- Silva, H. (2014). DSM-5: nueva clasificación de los trastornos mentales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(1) 7-15. https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf
- Solé-Arrondo, M. (2002). La clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento. *Revista Cubana de Psicología*, 19(3) 242-247. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v19n3/08.pdf>



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
Camiellero	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.

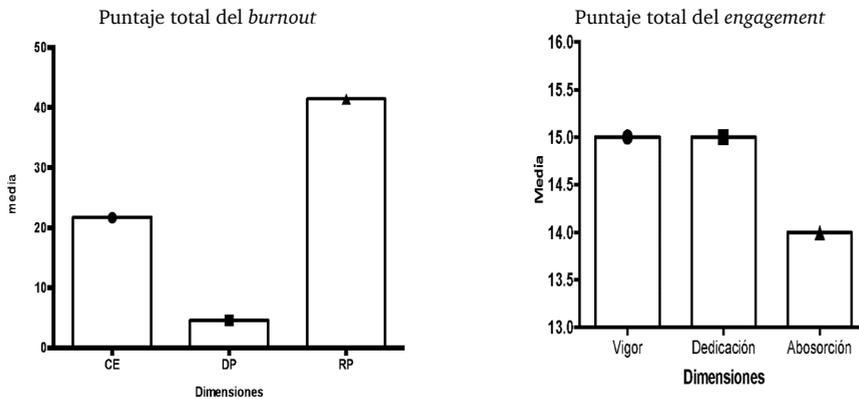


Figura 1. Puntaje total del burnout y del engagement.

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+sus+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, entré 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>



Caracterización de los usuarios menores de edad del servicio psicológico universitario de la IUE, 2017-2019

Characterization of underage users of IUE's university psychological service, 2017-2019

JULIETA ANDREA BEDOYA MORENO[^]
Institución Universitaria de Envigado, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-6061-2274>

DAYANA ARANGO VÉLEZ
Institución Universitaria de Envigado, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-7765-565X>

FREDY ALEXANDER ROMERO GUZMÁN
Institución Universitaria de Envigado, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-3676-2731>

EMANUEL MUÑOZ TABARES
Institución Universitaria de Envigado, Colombia
<https://orcid.org/0000-0002-8365-4573>

Recibido: 5 agosto 2021 • Aceptado: 13 diciembre 2021 • Publicado: 18 febrero 2022

Cómo citar este artículo: Bedoya Moreno, J.A., Arango Vélez, D., Romero Guzmán, F.A. y Muñoz Tabares, E. (2022). Caracterización de los usuarios menores de edad del servicio psicológico universitario de la IUE, 2017-2019. *Psicoespacios*, 15(27). <https://doi.org/10.25057/21452776.1418>

[^]Autor de correspondencia: jabedoyam@correo.iue.edu.co

Resumen

Este artículo presenta los resultados del estudio de caracterización de los niños, niñas y adolescentes que acudieron al consultorio psicológico y de proyección social de la Institución Universitaria de Envigado en el periodo 2017-2019. Se utilizó una metodología cuantitativa de nivel descriptivo, con una muestra de 439 historias clínicas, de las que se extrajo información relacionada con datos sociodemográficos, diagnósticos y características de la atención recibida. Los hallazgos muestran que la mayoría de los usuarios atendidos residen en el sur del Valle de Aburrá, pertenecen a los estratos socioeconómicos 2 y 3, reciben diagnósticos relacionados con problemas psicosociales y en promedio asisten a 7 consultas, una vez por semana durante el periodo del estudio. A partir de estos resultados, se concluye que es importante continuar reforzando las habilidades de diagnóstico de los practicantes del consultorio para mejorar las condiciones de atención de los usuarios menores de edad.

Palabras claves: infancia, adolescencia, caracterización, diagnóstico.

Abstract

This article shows the results of the characterization study of children and adolescents who attended the psychological office and social outreach service of Institución Universitaria de Envigado, between 2017-2019. A descriptive quantitative methodology was used, based on a sample of 439 medical records, from which information related to sociodemographic data, diagnoses and characteristics of the care received was extracted. Findings show that most users live in the south of the Aburrá Valley, belong to the lower-middle and middle socioeconomic class, receive diagnoses related to psychosocial problems and attend an average of 7 consultations, once a week during the study period. Based on these results, it is important to continuously strengthen the agents' diagnostic capabilities to improve the quality of care for underage users.

Keywords: Childhood, adolescence, characterization, diagnosis.

Introducción

En el semillero de investigación SPORA, adscrito al grupo de investigación Psicología Aplicada y Sociedad – PAYS, de la Institución Universitaria de Envigado (IUE), se vio la necesidad de indagar sobre las características sociodemográficas de la población de niños, niñas y adolescentes atendida entre 2017 y 2019 en el consultorio psicológico institucional.

Es importante destacar que, si bien el consultorio psicológico social de la IUE fue constituido en 2006, este es el primer estudio de caracterización realizado con la población atendida. Se espera que dicha investigación permita formular proyectos que en un futuro aborden, de manera precisa, características tales como los motivos de consulta o las condiciones de los tratamientos ofrecidos a esta población.

Para esta investigación se tuvieron en cuenta otros trabajos realizados en diferentes Instituciones de Educación Superior en el país, y que consideraron los consultorios psicológicos institucionales, para presentar las características de los consultantes, la calidad del proceso y los resultados obtenidos a partir de las consultas (Rondón, Otálora & Salamanca; 2009; Marín, Londoño, Juárez, Giraldo & Ramírez, 2010; López Jaramillo,

Montoya Londoño, & Dussán Lubert, 2012; Díaz, 2015; Portilla Maya, Montoya Londoño, Dussán Lubert & López Jaramillo, 2016; Calero Elvira, de la Torre Martí, Pardo Cebrián & Santacreu Ivars, 2018; Jaramillo, et al., 2018; Colón Llamas, et al., 2019).

La caracterización es de vital importancia, ya que, como lo dicta el Modelo Integral de Salud en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), se busca que las entidades y centros prestadores de salud hagan una medición, caracterización o explicación frente algunas, enfermedades, atenciones o determinantes con los que acuden los diferentes usuarios y la atención que se les brinda.

En este caso, se trata de la población de los niños, niñas y adolescentes que asiste al consultorio institucional, para conocer qué problemas y diagnósticos se presentan con mayor frecuencia. Esta información permitirá reconocer no solo las características del servicio prestado por el consultorio psicológico de la IUE, sino también acercarse a las problemáticas de esta población en el municipio de Envigado y el sur del Valle de Aburrá.

Según el Estudio Poblacional de Salud Mental realizado en el municipio de Envigado “para el año 2017 se calcula que solo el 20 % de los niños afectados son identificados y que la atención que reciben puede no ser la adecuada” (Restrepo Bernal, 2018b, p. 200).

Por tanto, se estima que ese 20 % de la población de la primera etapa del desarrollo no obtiene un tratamiento adecuado frente al diagnóstico identificado.

Es importante destacar que la psicopatología infantil y del adolescente es tema de preocupación de salud pública, ya que tanto los trastornos mentales, como los problemas que se puedan presentar en esta etapa, tales como la negligencia o maltrato infantil, la desnutrición, la desescolarización, el trabajo infantil, entre otros, pueden tener un impacto negativo a lo largo de la vida de las personas, pues sin el tratamiento adecuado permanecen hasta posteriores etapas del desarrollo generando dificultades en ámbito social, académico y laboral (Esquivel & Ancona, 2010; de los Ángeles Páramo, 2011; Menéndez, 2014).

Frente a ello, Marsh y Graham (2006) ilustran que “incluso cuando no está clara una patología diagnosticable en edades posteriores, los problemas de los niños durante los períodos tempranos del desarrollo pueden tener un impacto negativo duradero sobre la adaptación familiar, laboral y social posterior” (p. 30).

Así pues, se propone aquí la realización de un estudio cuantitativo que, a través de la medición de diferentes variables sociodemográficas y del proceso de atención en del consultorio, permita identificar las problemáticas con las que los menores son llevados a la consulta, dando cuenta de información relevante que permita el ajuste de actividades, de decisiones de atención y de servicios ofrecidos por el consultorio psicológico social de la IUE para responder satisfactoriamente a las demandas encontradas en la población de niños, niñas y adolescentes.

Metodología

La investigación tuvo un diseño cuantitativo y retrospectivo, que desde Monje Ál-

varez (2011) se entiende como “un proceso sistemático y ordenado que se lleva a cabo siguiendo determinados casos (...) con una estructura lógica de decisiones y con una estrategia que oriente a la obtención de respuestas adecuadas a los problemas” (p. 19). Las instituciones que prestan servicios de salud deben realizar las caracterizaciones de la población que atienden (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Por esto, se plantea hacer la primera caracterización de los usuarios que asisten al consultorio psicológico social de la IUE, incluyendo a la población adulta y a los niños y adolescentes que asistieron durante los años 2017 al 2019. Es a su vez un estudio con alcance descriptivo que se ocupa de describir los fenómenos a través de la representación del fenómeno de interés (Herrera & Ruiz, 2013).

Para el presente estudio se tuvieron en cuenta las historias clínicas de los usuarios menores de edad que se atendieron durante los años 2017, 2018 y 2019 en las sedes del consultorio psicológico social de la Institución Universitaria de Envigado (IUE), ubicadas en el campus universitario, la casa de justicia del municipio de Itagüí, la casa de justicia del municipio de Envigado y el CEFIT; las historias se encontraban en formato físico en el archivo del consultorio de la sede de la IUE y contenían la información detallada de los usuarios. Se tuvo acceso a un total de 1340 historias clínicas, de las cuales 439 eran de niños y adolescentes y cumplían con los datos requeridos para la caracterización. Se excluyeron aquellas historias que tenían datos incompletos o no estaban diligenciadas en su totalidad.

Para recolectar la información, se solicitó autorización a la coordinación del consultorio psicológico para acceder a los datos sociodemográficos de las historias clínicas y los estudiantes pertenecientes al semillero SPORA de la IUE realizaron un rastreo de los datos requeridos en las historias clínicas dis-

ponibles para el periodo comprendido entre 2017 y 2019. Se incluyeron para este análisis las historias que identificaran que el usuario atendido se encontraba entre los 0 meses y los 17 años, excluyendo todos aquellos que ya hubieran cumplido los 18 años.

En el proceso de análisis de la información, se buscó construir líneas de descripción a partir de la información contenida en las historias clínicas en de las que se resaltan los principales y más frecuentes diagnósticos, el número de atenciones dadas a cada usuario, y los factores sociodemográficos de la población atendida (edad, sexo, lugar de residencia, escolaridad, ocupación u oficio, entre otros).

Los estudiantes del semillero SPORA sistematizaron los datos en una tabla de Excel que incluía variables como la edad, el diagnóstico, la cantidad de sesiones asistidas, la información académica, la composición familiar y demás datos relevantes para el estudio con el objetivo de organizar la información y facilitar el análisis. Los integrantes del semillero verificaron la información recolectada y posteriormente en el programa SPSS versión 25 (Aldrich, 2018) se hizo un análisis univariado, mediante estadística descriptiva, utilizando análisis de frecuencias absolutas y porcentuales para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas.

La caracterización de los usuarios menores de edad hizo parte de la caracterización de los usuarios que asistieron al consultorio psicológico durante los años 2017 al 2019, avalada por el comité de investigaciones de la IUE.

Resultados

En esta sección se muestran las características sociodemográficas de la población, los diagnósticos más frecuentes y la cantidad de citas y el motivo de finalización del proceso en el consultorio psicológico-social de la Institución.

Características sociodemográficas

Con respecto a la distribución de los usuarios por sexo, el 51.3 % pertenece al sexo masculino, 225 usuarios, en tanto que el 48.7 % corresponde al femenino, 214 usuarios.

Para el caso del estrato socioeconómico, se identificó que la mayor parte de la población corresponde a los estratos 2 y 3, tal como se muestra en la Tabla 1.

Todos los usuarios del servicio psicológico residen en el sur del Valle de Aburrá. Así, el 49.7 % reside en el municipio de Envigado, un 38 % en Itagüí, y el 12.3 % se ubica en municipios como Sabaneta, la Estrella, Caldas y Medellín.

Los usuarios de la muestra se encuentran entre los 2 y los 17 años. La edad de 10 años fue la más recurrente, seguida del grupo entre los 12 y 13 años, con una frecuencia superior a 40. Enseguida se ubican los 9, 14, 7 y 11 años, en ese orden, representados en una frecuencia de entre 30 a 40 usuarios. Finalmente, el rango de frecuencia menor a 10 son los niños entre los 2 y 5 años. El 52.2% de los usuarios se encuentran en un grado de escolaridad básica primaria.

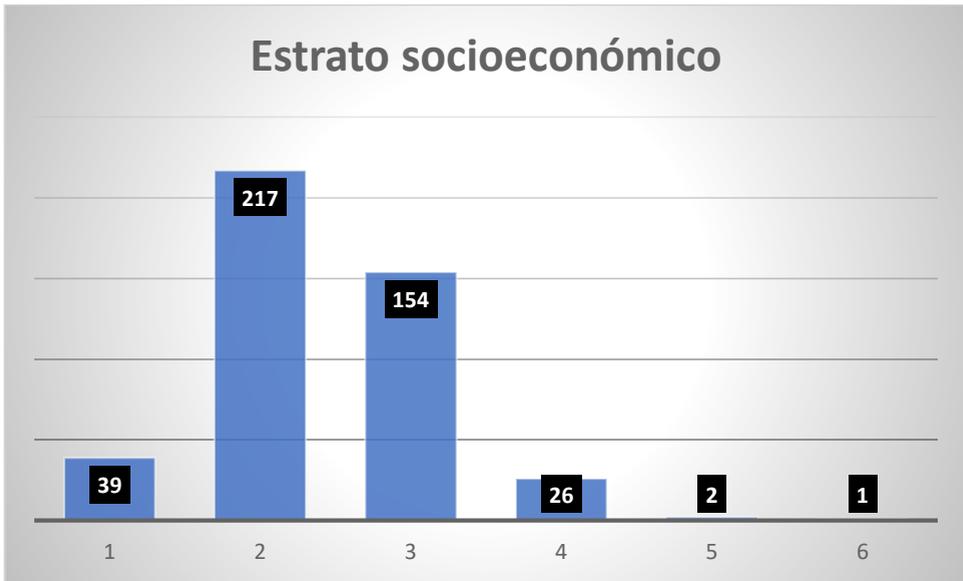


Gráfico 1. Estrato socioeconómico

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la conformación familiar de la muestra, se tuvieron en cuenta los diferentes tipos de familia como la nuclear, la extensa y la monoparental, en donde se ubica la mayor parte de los usuarios. Dicha distribución se muestra en la Tabla 2.

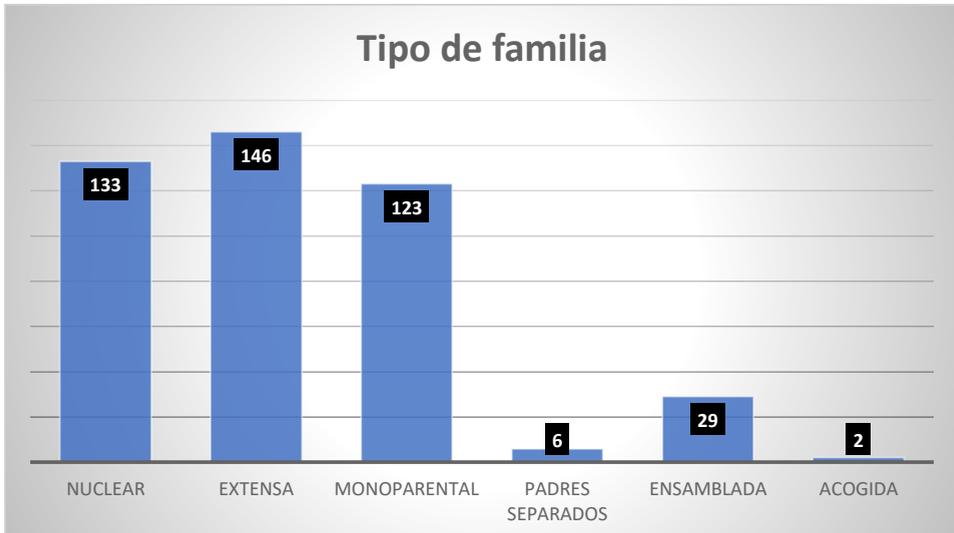


Gráfico 2. Tipo de familia en la que conviven los usuarios

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, con respecto a los aspectos sociodemográficos se identificó la afiliación al régimen de salud. Un 87% de los niños están afiliado al sistema de salud a través del régimen contributivo; 4 de los usuarios no tienen ninguna afiliación y en un 12 % de los no se cuenta con dicha información, pues no estaba consignada en la historia clínica.

Diagnósticos

Con respecto a este apartado, se identificó inicialmente el diagnóstico principal que se le daba a los usuarios y luego se especificaron los problemas psicosociales, ya que este es el diagnóstico que con más frecuencia reciben los usuarios en el consultorio psicológico social con un 92.9 %.

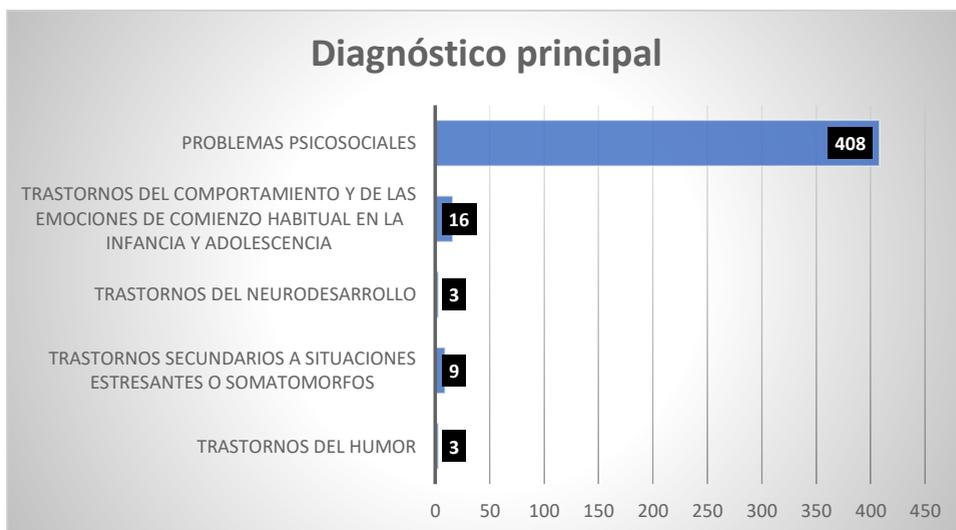


Gráfico 3. Distribución de los diagnósticos

Fuente: elaboración propia.

En la siguiente tabla se muestra la distribución de los principales diagnósticos que se le asigna a los niños, niñas y adolescentes relacionados con los problemas psicosociales. Como se puede apreciar, dichos problemas se asocian a dificultades familiares como la falta

de apoyo, los problemas de crianza y el bajo rendimiento académico. Si bien estos problemas, en muchos casos, no son ocasionados directamente por el menor, sí pueden ser influyentes en la aparición de algún trastorno psicológico en la infancia y la adolescencia.

Tabla 1. *Problemas psicosociales*

Problemas psicosociales	Frecuencia	Porcentaje
Problemas relacionados con bajo rendimiento escolar	26	3.76
Otros problemas relacionados con el ambiente social	20	3.55
Otros problemas especificados y relacionados con la crianza del niño	31	7.04
Problema no especificado relacionado con la crianza del niño	24	5.55
Problemas en la relación con los padres y los familiares políticos	15	3.59
Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio	30	7.56
Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar	51	13.26
Otros problemas especificados relacionados con el grupo primario de apoyo	19	5.02
Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital	10	3.30
Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado	24	8.42
Total	250	61.27%

Fuente: elaboración propia.

Cantidad de citas y motivo de finalización del proceso

Finalmente, la cantidad de citas a las que asisten los usuarios tuvo una media de 7.74, con un mínimo de 1 cita y un máximo de 27, semanalmente en el rango de años caracterizado, y una desviación estándar de 4.915. Cabe señalar que para el caso de quien asistió a una sola cita fue un niño de dos años y para el caso de las 27 citas fue un adolescente de 17 años.

Tabla 2. *Asistencia a las citas*

Cantidad de citas	Edad	Número de citas
Media	10,71	7.74
Desviación estándar	3,540	4.915
Mínimo citas	2	1
Máximo citas	17	27

Fuente: elaboración propia.

Los usuarios acudieron a las consultas en su mayoría por motivación propia o de sus acudientes, con un porcentaje de 97 %. De quienes consultaron por remisión, fueron delegados desde servicios educativos, otros

servicios de salud y servicios de protección, de los cuales la frecuencia es de 7, 3, y 3, respectivamente.

Se puede decir que, con respecto al motivo de finalización del proceso, en su mayoría los usuarios desertan o se les cancela la atención luego de tres insistencias injustificadas a la consulta. No fue posible identificar el motivo de finalización en 53 historias clínicas; esto se especifica en la tabla 6.

Tabla 3. *Motivos de finalización del proceso*

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
De alta	168	38.3
Deserción	119	27.1
Cancelado	99	22.6
Motivo desconocido	53	12.1
Total	439	100.0

Fuente: elaboración propia.

Discusión y conclusiones

En el presente apartado se desarrollarán los hallazgos de la caracterización y se propone

un análisis acerca de los diagnósticos que reciben los niños, niñas y adolescentes, considerando las condiciones sociodemográficas y las características familiares descritas.

Como ya es sabido, los manuales diagnósticos presentan una clasificación estadística de los trastornos mentales, haciendo una descripción de las características determinantes para identificar las enfermedades, con el fin de mejorar la comunicación entre los diferentes profesionales de la salud. De esta manera, “Cada trastorno va acompañado de una identificación diagnóstica y de un código estadístico que es el que usan las instituciones y los departamentos de salud para la obtención de datos y con fines de facturación” (American Psychiatric Association - APA, 2014, p. 23).

Esto permite crear categorías universales de comprensión de los diferentes signos y síntomas que se engloban en un nombre o código para otorgar más información frente a la intervención. La mayoría de los diagnósticos que reciben los niños, niñas y adolescentes que consultan en el consultorio psicológico-social de la IUE, está relacionada con problemas psicosociales. De estos, 6 de cada 10 corresponden a problemas relacionados con el entorno familiar, que va en contravía, por así decirlo, de los diagnósticos más frecuentes que se presentan en las investigaciones precedentes (Gómez-Restrepo & de Santacruz, 2016; Jaramillo, et al., 2018; Restrepo Bernal, 2018b; Colón Llamas, et al., 2019).

Estos trabajos muestran que los diagnósticos que reciben los menores se relacionan, principalmente, con problemas del comportamiento y dificultades emocionales, diferenciándose significativamente de los resultados del consultorio de la IUE. Como es un hecho que son diferentes las variables que pueden estar relacionadas con la prevalencia de los trastornos mentales en la niñez y la adolescencia, es importante integrar tanto los aspectos biológicos, como los psicológicos

y sociales que influyen en el desarrollo de dichos trastornos. “Conocer las causas y acercarse al motivo por el que puede aparecer un trastorno y qué factores pueden estar influyendo en su desarrollo, ayudará a proceder con mayor efectividad sobre dichas alteraciones” (Moreno & Ortiz-Tallo, 2016, p. 27).

Desde los aspectos sociales, y en consonancia con el estudio poblacional de salud mental de Envigado, “Los principales determinantes de la salud mental a nivel socioeconómico y ambiental están relacionados estrechamente con grandes problemas sociales como la pobreza, la guerra y la desigualdad” (Restrepo Bernal, 2018a, p. 46). Esto va en concordancia con los resultados presentados, evidenciando que las personas de estrato socioeconómico 2 y 3 son quienes consultan con mayor frecuencia en centros de salud y sus diagnósticos tienen que ver, principalmente, con problemas psicosociales, tales como las dificultades en la crianza, el ambiente social, la ruptura familiar y el bajo rendimiento escolar.

Caballo (2006) afirma que “hasta un 20 por 100 de los niños que crecen entre la pobreza en el interior de las ciudades experimenta algún tipo de deterioro en su funcionamiento social, conductual o académico” (p. 31). Sin embargo, agrega que esto se debe a una variable integrada a otros problemas asociados como la escasa educación maternal, bajo nivel de empleo de la madre, padres o madres solteros y recursos limitados. Estas circunstancias se presentan al interior de los hogares de los usuarios, evidenciando además una relación con los diagnósticos presentados anteriormente, tal como lo muestran los diagnósticos de a Tabla 1.

Por su parte, en la Encuesta Nacional de Salud Mental, realizada en Colombia en 2015 (Gómez-Restrepo & de Santacruz, 2016), se afirma que la familia es promotora de salud mental, pero también de inseguridades, tensiones, vulnerabilidad y trastornos

psiquiátricos; de esta manera, se le otorga mérito a la familia como variable protectora o de vulnerabilidad en el desarrollo de los trastornos mentales. Los resultados del presente estudio muestran una relación con esta temática, pues como se vio, los diagnósticos que se realizan con mayor frecuencia en los usuarios menores de edad tienen que ver con los problemas psicosociales y su relación con la familia, aspecto que debe continuar indagándose con el fin de estructurar modelos de intervención terapéutica enfocados en los problemas familiares de los niños y adolescentes que consultan en el consultorio psicológico de la IUE.

Esta caracterización ofrece una descripción de los factores sociodemográficos y el estado de salud mental de los niños, niñas y adolescentes que asisten al consultorio psicológico y de proyección social de la Institución Universitaria de Envigado, permitiendo dar cuenta de datos diferenciadores y relevantes de esta población. Con la información obtenida de esta investigación fue posible dar cuenta de las principales problemáticas de los usuarios que asistieron al consultorio psicológico de la IUE durante el periodo 2017-2019.

Dentro de los resultados obtenidos, se destaca que el 92.9 % de los diagnósticos fueron problemas psicosociales, los cuales están relacionados en su mayor parte con problemas familiares, evidenciando cómo el contexto puede influir sobre las dificultades que enfrenta una comunidad en términos de las afectaciones a la salud mental. Se resalta que la familia es un espacio que puede afectar el desarrollo psicológico y emocional, principalmente en las primeras etapas de la vida.

Finalmente, con respecto al estrato socioeconómico, las circunstancias vividas en dichos contextos, tales como el acceso al trabajo por parte de uno de los miembros de la familia, el acceso a la educación y los recursos básicos pueden relacionarse con la aparición de dificultades en salud mental en

la niñez y la adolescencia; sin embargo, es de aclarar que en la presente investigación no se establece una relación directa entre el diagnóstico y el nivel adquisitivo o clase social.

Referencias

- Aldrich, J. O. (2018). *Using IBM SPSS statistics: An interactive hands-on approach*. Sage Publications.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª. ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Calero Elvira, A., de la Torre Martí, M., Pardo Cebrián, R. & Santacreu Ivars, M. (2018). Características de la asistencia psicológica en el contexto universitario: la Clínica Universitaria de la UAM. *Análisis y Modificación de Conducta*, 44(169-170), 37-50. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v44i169-70.3378>
- Colón Llamas, T., Escobar Altare, A., Santacoloma Giraldo, A., Granados-García, A., Moreno Luna, S., & Silva Martin, L. (2019). Caracterización psicosocial y de motivos de consulta de la población asistente a 28 Centros de Atención Psicológica Universitarios en Colombia. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1-23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-4.cpmc>
- Díaz, O. (2014). Prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia: análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 14(2), 65-74. <https://doi.org/10.18270/chps.v14i2.1339>
- Esquivel y Ancona, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego: casos clínicos*. Editorial Manual Moderno.
- Gómez-Restrepo, C., & de Santacruz, C. (2016). La Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 1. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80650839001>

- Herrera, A. & Ruiz, J. (2013). Estudios descriptivos. En P. Páramo Bernal. (comp.), *La investigación en ciencias sociales: estrategias de investigación* (pp. 45-66). Universidad Piloto de Colombia.
- Jaramillo, J., Espinosa, D., Ocampo, D., Arango, A., Arévalo, M., García, L., Hoyos, L., Rodríguez, V., & Sandoval, C. (2018). Caracterización de la atención psicoterapéutica en la IPS CES Sabaneta, Colombia, 2014-2015. *Rev. CES Psico*, 11(2), 97-110. <https://doi.org/10.21615/cesp.11.2.9>
- López Jaramillo, M., Montoya Londoño, D., & Dussán Lubert, C., (2012). Caracterización de los asistentes al centro de atención psicológica de la Universidad de Manizales, 2006-2010. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(22), 149-166. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a11.pdf>
- Marsh, E. & Graham, S. (2006). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. Caballo & M. Simón. (Coord.). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. (pp. 29-56). Pirámide.
- Marín, C., Londoño, N., Juárez, F., Giraldo, F., & Ramírez, V. (2010). Prevalencia de trastornos mentales y estresores psicosociales en usuarios de consulta externa en psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín – Colombia. *El Ágora USB*, 10(1), 19-35. <http://hdl.handle.net/10819/6146>
- Menéndez Osorio, F. (2014). Salud mental infantil: de qué hablamos al referirnos al niño en psicopatología. Prevención y clínica en psicopatología infantil. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 34(122), 353-372. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000200008>
- Monje Álvarez, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa “guía didáctica”. Editorial Universitaria. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. (febrero 17, 2016). Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
- Moreno, B. y Ortiz-Tallo, M. (2016). Concepto de psicopatología clínica: objeto, criterio y causas. En M. Ortiz-Tallo. (Coord.). *Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-5*. (pp. 27-36). Pirámide.
- Páramo, M. (2011). Psicología clínica de niños y adolescentes, psicoterapia para adolescentes y perfil del psicólogo: Análisis de contenido de discursos grupales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(2), 133-142. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281922823004>
- Portilla Maya, S., Montoya Londoño, D. M., Dussán Lubert, C., & Lopez Jaramillo, R. M. (2016). Caracterización de los asistentes al Centro De Atención Psicológica de la Universidad De Manizales. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(2), 127-141. [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista21\(2\)_10.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista21(2)_10.pdf)
- Restrepo Bernal, D. (2018a). Marco de referencia sobre salud mental. En Alcaldía de Envigado, Universidad CES (coord.). *Estudio Poblacional de Salud Mental, Envigado 2017* (pp. 41-77). Editorial CES. <http://hdl.handle.net/10946/3788>
- Restrepo Bernal, D. (2018b). Trastornos mentales de inicio en la niñez y la adolescencia. En Alcaldía de Envigado, Universidad CES (coord.). *Estudio Poblacional de Salud Mental, Envigado 2017* (pp. 199-219). Editorial CES. <http://hdl.handle.net/10946/3788>
- Rondón Benítez, A., Otálora Bastidas, I., & Salamanca Camargo, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134715>