

TEMA 5. TRANSVERSALIDAD. ESTUDIOS-ESCALAS

1.- Contextualización de la transversalidad

¿Qué es un estudio transversal?

El estudio transversal se define como un tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido. Este tipo de estudio también se conoce como estudio de corte transversal, estudio transversal y estudio de prevalencia.

El método observacional se traduce en que los investigadores buscan registrar información de forma aséptica sobre sus sujetos, es decir, sin manipular el entorno de estudio. Se miden parámetros múltiples de manera simultánea a través de preguntas, observaciones y respuestas.

Los datos recopilados en un estudio transversal provienen de personas que son similares en todas las variables, excepto en la variable que se está estudiando. Esta variable es la que permanece constante en todo el estudio transversal.

Los estudios observacionales transversales pueden ser descriptivos o también analíticos dependiendo del objetivo general que se persiga.

Las investigaciones transversales ofrecen una instantánea de un solo momento en el tiempo, no tiene en cuenta, no consideran lo que sucede antes o después. Por tanto, pueden no proporcionar información definitiva sobre las relaciones de causa y efecto.

Estos estudios, son rápidos de realizar, los datos se recopilan de una sola vez, cuentan con la capacidad de medir la prevalencia de todos los factores bajo investigación, cuentan con muestreo representativo, pueden estudiar múltiples resultados y exposiciones y son buenos para análisis descriptivos y generar hipótesis para una investigación más extensa.

Señalamos algunas significativas diferencias entre estudios transversales y longitudinales, a fin de obtener un mejor entendimiento de los estudios transversales y su utilidad. Sirva señalar que ambos estudios, son métodos de la investigación cualitativa.

Estudios transversales	Estudios longitudinales
Estudios observacionales en los que se recopilan datos de forma instantánea	Estudios observacionales en los que se recopilan datos de la misma muestra repetidamente en un periodo de tiempo
Determina lo que sucede en un tiempo real	Determina lo que sucede en un tiempo prolongado de estudio
Mismas variables durante un periodo de tiempo	Las variables pueden cambiar durante el periodo de investigación

Rápidos y fáciles de realizar	Necesitan de tiempo en su realización y pueden ser complejos
Se realiza en un intervalo de tiempo	Se realiza en varios intervalos de tiempo
No ofrecen al investigador una relación causa efecto	Pueden ofrecer al investigador una relación entre causa y efecto
La prevalencia de todos los factores se puede medir	Las asociaciones son fáciles de interpretar y es fácil encontrar a personas que estén bajo las mismas variables exactas
Bueno para análisis descriptivo	Bueno para análisis en profundidad
Se pueden comparar diferentes muestras de diferentes periodos de tiempo específicos	Permite a los investigadores establecer una secuencia adecuada de los eventos ocurridos

2.- ESCALAS TRANSVERSALES

Las escalas transversales son instrumentos de medición que se aplican como se ha citado, en un solo momento en el tiempo, sin un seguimiento posterior. Aunque pueden parecer menos exhaustivas en comparación con las escalas longitudinales, tienen sus propias ventajas y contribuciones significativas a la investigación.

En primer lugar, las escalas transversales permiten obtener una instantánea de la situación en un momento específico. Esto es especialmente útil cuando se pretende capturar una respuesta o estado que puede cambiar con el tiempo o que puede ser difícil de evaluar retrospectivamente. Por ejemplo, al medir el nivel de estrés percibido en un grupo de individuos, una escala transversal brinda una visión actual de su experiencia, sin depender de su recuerdo o percepción retrospectiva.

Las escalas transversales en Trabajo Social se aplican para evaluar diversos constructos o situaciones, como la calidad de vida, el nivel de satisfacción con los servicios recibidos, el grado de apoyo social percibido, la autopercepción de habilidades y competencias, los niveles de estrés, entre otros.

Escalas que se seleccionan como no puede ser de otra manera con indicios de fiabilidad y validez, cuyos ítems reflejarán el marco teórico de referencia que sea y que puedan evaluar los determinantes de lo que se persigue argumentar.

Como ya sabéis, los trabajadores sociales pueden utilizar diferentes tipos de escalas, como escalas de Likert, escalas de valoración, escalas de frecuencia o escalas de importancia, dependiendo del constructo que deseen evaluar.

Se recomienda lectura del Estudio observacional transversal de la sobre carga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a personas dependientes.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301962>

RECORDAR: que el uso de escalas transversales en Trabajo Social se complementa con otras metodologías de evaluación cualitativa, como entrevistas, observaciones o análisis documental.

A continuación, abordamos tres escalas de uso trasversal en relación a la autoestima sobrecarga del cuidado para personas dependientes y acoso laboral.

2.1.- ESCALA DE ROSEMBREG (ESCALA DE AUTOESTIMA)

Una escala breve, fiable, rápida de realizar y con gran validez. Por ello es muy recurrente como escala transversal para evaluar el autoconcepto cuando se quiere medir esta variable en el contexto de alguna investigación.

Antecedentes:

Fue el Doctor Morris Rosenberg, profesor y doctor en sociología de la Universidad de Columbia en el año 1953, quien se dedicó varios años a estudiar la autoestima y el autoconcepto.

En el año 1965 presentó la propuesta inicial de la escala de medición de autoestima en su libro: La sociedad y la autoestima del adolescente (Society and the adolescent's self-image)

Aunque falleció en el año 1992, sus estudios y escala sobre la autoestima al día de hoy se mantienen vigente.

Características de la escala

La escala de autoestima de Rosenberg es una prueba con buenas propiedades psicométricas, y es el test más usado para la evaluación de la autoestima en la práctica clínica y en la investigación científica.

La escala de autoestima de Rosenberg es el instrumento psicológico más utilizado para medir la autoestima. Esto se debe a que se administra con gran rapidez, al constar sólo de 10 ítems, y a que su fiabilidad y su validez son elevadas.

Los adolescentes eran el objetivo inicial de la escala de autoestima, si bien se ha generalizado al estudio de adultos. Se usa para valorar tanto poblaciones generales como clínicas, incluyendo personas con problemas de abuso de sustancias.

La escala de Rosenberg se ha validado en hombres y mujeres de todas las edades en un gran número de países y ha sido utilizada en estudios transculturales de más de 50 países.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que conocer el nivel de autoestima de las personas es una manera de aproximarse a sus creencias más interiorizadas acerca de sí mismas. Las personas con algunos trastornos mentales o problemas sociales, anímicos y de asertividad tienden a presentar una baja autoestima, la cual hace más difícil que emprendan iniciativas ambiciosas para mejorar su situación.

Por ejemplo, una persona con baja autoestima tenderá a atribuir sus éxitos a la suerte o a la participación de personas o entidades externas, como por ejemplo la ayuda de algún familiar; esto hace que no experimenten estos "buenos momentos" como una recompensa a la que quieren volver a acceder en el futuro (o, por lo menos, en la misma medida en la que sería vista como una recompensa por parte de alguien con buena autoestima).

Hallazgos de la escala de Rosenberg

Estudios transculturales realizados con la escala de autoestima de Rosenberg han encontrado que las personas tendemos a autoevaluarnos de forma positiva, independientemente de la cultura a la que pertenezcamos.

No obstante, los componentes de la autoestima sí varían en función de la cultura. De este modo, las personas de sociedades más individualistas (como los Estados Unidos) tienden a sentirse más competentes, pero a menos satisfechas con ellas mismas que las de culturas colectivistas, por ejemplo, la de Japón.

La escala ha confirmado la relación de la autoestima con dos de los 5 grandes factores de personalidad: Extraversión y Neuroticismo (las otras 3 serían: la agradabilidad o amabilidad, la responsabilidad, y la apertura a la experiencia). Las personas más extrovertidas y con menor nivel de neuroticismo (opuesto a la estabilidad emocional) tienden a tener una autoestima mayor. De hecho, se hipotetiza que la autoestima puede proteger de los síntomas de ansiedad.

Propiedades psicométricas: fiabilidad y validez

La muestra original contenía 5024 participantes, todos ellos alumnos de educación secundaria de Nueva York; como hemos dicho, Rosenberg desarrolló la escala inicialmente para que fuera utilizada en adolescentes. Un gran número de estudios posteriores han confirmado la fiabilidad y la validez de la escala de autoestima de Rosenberg.

En psicometría el término “fiabilidad” hace referencia a la ausencia de errores en la medición, mientras que la validez define el grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir.

La fiabilidad test-retest es de entre 0,82 y 0,88, y el coeficiente alfa de Cronbach, que mide la consistencia interna, se sitúa entre 0,76 y 0,88. La validez de criterio es de 0,55. Además la escala correlaciona de forma inversa con la ansiedad y depresión (-0,64 y -0,54, respectivamente). Estos valores confirman las buenas propiedades psicométricas de la escala de autoestima de Rosenberg.

Las preguntas miden como se valora la persona y que grado de autosatisfacción tiene. De las diez frases, cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Se lleva hablando de aquiescencia desde 1929 (Mathews), y desde entonces, al hablar de ella estamos hablando de una forma peculiar de contestar a un cuestionario o test por parte de una persona. La importancia que radica en esta cuestión es obvia: contestar de forma aquiescente a un test supondría invalidar la prueba a la persona que la contestó. La aquiescencia se manifiesta cuando los entrevistados/as tienden a estar de acuerdo con las preguntas sin reflexionar detenidamente sobre ellas o sin realmente entenderlas.

Para evitar la aquiescencia es importante diseñar preguntas claras y específicas, y utilizar técnicas como la inversión de ítems o el uso de preguntas de control para detectar y corregir la tendencia de los empleados a responder afirmativamente sin reflexionar. Equilibrar las escalas con ítems redactados de forma positiva y de forma negativa es la solución típica.

La Escala de Autovaloración de Rosenberg consta de diez preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que deja obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Los autores del cuestionario no han predeterminado puntos de corte, o sea, puntuaciones que dejen clasificar el tipo de autovaloración según la puntuación lograda, aunque se suele considerar como rango normal de puntuación el ubicado

entre 25 y 35 puntos. De lo que disponemos es del resultado conseguido al enfrentar el cuestionario a población habitual, formada por estudiantes universitarios.

Presentación de la versión de España del test Infertility Self Efficacy Scale (ISES-S). Comprendemos por autovaloración la consideración efectiva o negativa de uno mismo, siendo en castellano mucho más clásico la expresión amor propio. La Escala de Autovaloración de Rosenberg ha sido traducida a 28 lenguajes, y validada interculturalmente en 53 países.

Formulación de afirmaciones:

Los ítems que componen la escala de Rosenberg son los siguientes:

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos tanto como los demás.
2. Siento que tengo cualidades positivas.
3. En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de los demás.
5. Siento que no tengo mucho de lo que enorgullecerme.
6. Adopto una actitud positiva hacia mí mismo/a.
7. En conjunto, me siento satisfecho/a conmigo mismo/a.
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo/a.
9. A veces me siento ciertamente inútil.
10. A veces pienso que no sirvo para nada.

Señalamos que haya cinco afirmaciones formuladas de forma positivas (1,2,4,6,7) y cinco negativas (3,5,8,9,10). Cada una de las afirmaciones positivas se puntúa desde el 0 (estoy totalmente en desacuerdo) al 3 (estoy totalmente de acuerdo), mientras que las afirmaciones negativas se puntúan a la inversa, el 3 implica estar totalmente en desacuerdo y el 0 totalmente de acuerdo. Las afirmaciones se presentan mezcladas.

Interpretación del resultado

- inferior a 15 puntos, indicaría una autoestima baja
- entre 15 y 25 puntos, indica una autoestima media, saludable
- Más de 25 puntos, indica una persona optima autoestima

Instrucciones para cumplimentar la Escala de Rosemberg:

- Contesta todas las preguntas.
- Hazlo de forma intuitiva ya que es importante que la respuesta sea lo más sincera posible.
- Si no encuentras una opción que encaje con tu forma de ser, escoge aquella más semejante.

Quien la aplica

La pueden aplicar profesionales de la salud y de lo social

Tiempo de aplicación

5 – 10 minutos

Nota: es importante tener en cuenta que el modelo de escala que se vaya a proporcionar, se ha revisar el orden la formulación de las afirmaciones para su puntuación. Hemos señalado este que se ha citado,

pero si recurrimos a modelos nos podemos encontrar con otro orden, como en <https://www.uv.es/~uipd/~accesolibre/~EAR>



ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)
(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

2.2.- Escala de Carga de Cuidador de Zarit

Antecedentes

La carga es un concepto clave en el estudio y análisis del estado emocional de las personas cuidadoras de otras. Desde que éste se tuvo presente, ha ido evolucionando desde una concepción unidimensional a otra más amplia, donde hay una diferenciación entre carga objetiva y carga subjetiva, e incluso a un concepto multidimensional.

Evolución del concepto de CARGA Chou, Chu, Tseng y Lu (2003)

- Un concepto unidimensional (carga global; e.g., Zarit et al., 1980)
- Un concepto bidimensional (carga objetiva y carga subjetiva) (e.g., Montgomery, Gonyea y Hooyman, 1985; Vitaliano, Russo, Young, Becker y Maiuro, 1991)
- Un concepto multidimensional (física, emocional –psicológica–, social y económica) (e.g., Kosberg y Cairl, 1986; Novak y Guest, 1989)

A pesar de las distintas acepciones del concepto, en la actualidad existe la tendencia en el ámbito gerontológico a utilizar de manera preeminente el cuestionario de Zarit

Será en 1963 cuando surge la primera concepción de carga del cuidador con el trabajo de Grad y Sainsbury con cuidadores, familiares de enfermos psiquiátricos. Autores que definen carga como

“cualquier coste para la familia”. Para ello evaluaron la carga económica y emocional ocasionada por tener este tipo de enfermos y estar a cargo de ellos.

Se continúan haciendo estudios sobre las consecuencias del cuidado de enfermos, como a ancianos con síndromes demenciales y se van recogiendo las evidencias mostradas, es decir, las repercusiones negativas que ese rol tenía para el/los cuidador/es. Todo ello con el fin de ir acotando la concepción de carga y sus acepciones.

Manuel Martín et al (1996) define 3 modelos conceptuales de análisis de la sobrecarga:

1. El que relaciona la sobrecarga del cuidador con el tipo específico de deterioro y las necesidades del paciente. Existiendo correlación entre el deterioro del paciente y sobre carga que padece el cuidador.
2. El que utiliza instrumentos varios y mide en el cuidador dimensiones como calidad de vida.
3. El que se deriva de la teoría general del estrés, donde el cuidador se enfrenta a impactos emocionales (estresores) a los que debe de dar respuesta por procesos psicosociales, con posibilidad de contar o no con apoyo sociofamiliar y estrategias de afrontamiento.

En este enfoque se centró Zarit y en su estudio de detectar factores contribuyentes a los sentimientos de carga de los cuidadores, encontró que las visitas de familiares al paciente estaban relacionadas directamente con la sensación de carga del cuidador. Por ello puso el foco en la importancia de acompañar y apoyar a los cuidadores como elemento clave en la intervención.

Por tanto, Zarit y su grupo de colaboradores, consideraron la carga de los cuidadores como la clave para estudiar el desgaste ocasionado por el cuidado de personas con demencia y las investigaciones relacionadas con carga han dado origen a diversos instrumentos de medición que tomaron en cuenta dimensiones como la carga objetiva (relativa a acontecimientos, actividades y demandas en relación al familiar enfermo) , subjetiva (una carga en relación a los sentimientos, actitudes y emociones del cuidador) y evaluaciones globales de la misma, siendo hasta el momento, esta escala, el instrumento más utilizado para evaluar la carga de los existentes. Sirva señalar a El Caregiver Strain Index (CSI) (Robinson, 1983); Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC) (López y Moral, 2005), versión española del CSI de Robinson (1983): Caregiver Burden Inventory (CBI) (Novak y Guest, 1989); Screen for Caregiver Burden (SCB) (Vitaliano, Russo, Young, Becker et al., 1991) entre otros instrumentos de evaluación de la carga del cuidador de personas mayores.

Para los autores de esta escala que no ocupa, la carga del cuidador hace referencia a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar y al grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. La carga es una valoración o interpretación que hace el cuidador ante los estresores derivados del cuidado en función de los recursos y habilidades con lo que éste cuenta.

A partir de la década de 1980 surgió otra tendencia de incluir más dimensiones dentro de la carga, como económica, física, psicológica, emocional o social. Como se ha recogido anteriormente, obteniendo una visión y evaluación multidimensional.

Impacto de la carga en el cuidador

La carga de cuidado hacia una persona prolongada en el tiempo y ampliada en contenido de acciones y responsabilidades, deriva según casos y cuidadores en sobre carga. Y esto es un factor determinante en el cuidador, dada su afección en este.

Los estudios e investigaciones realizadas evidencian que las esferas más afectadas en el cuidador con sobre carga, tienen que ver con el tiempo de ocio y esparcimiento, con afecciones en la salud física y calidad de vida y también con afecciones a nivel de salud mental con cuadros de depresión y ansiedad.

La sobrecarga afecta las esferas emocionales, físicas, espirituales, sociales y económicas del cuidador, lo que genera grandes cambios en su calidad de vida y deterioro de herramientas personales para afrontar las situaciones adversas.

Según sean los cambios de las personas cuidadas por la evolución de su patología, así será la frecuencia e intensidad de cuidados que se le han de proporcionar. Derivando o no, en una necesidad creciente o decreciente de intervención por parte del cuidador.

La carga interfiere en el trato y manejo adecuado hacia el enfermo y la propia evolución de la enfermedad, provocando al mismo tiempo el deterioro de la calidad de vida del cuidador.

Las tareas de un cuidador son complejas. Son dinámicas y cambiantes, como la propia realidad de la enfermedad del que recibe los cuidados. Por tanto, son tareas que se van asumiendo según se van generando y en muchas ocasiones sin previsión o planificación, sin incluso formación. Lo que puede derivar y deriva en una sensación constante de falta de control sobre la situación.

Cuidar: “obligación moral hacia los mayores”; “deber natural hacia los menores”. Los estudios revelan que el rol es diferente, la asunción de cuidado también. Se utiliza esta escala para la evaluación de carga del cuidador en diferentes enfermos. Se sugiere señalar en su interpretación, la implicación de los roles y las características afectivas y emocionales de relación.

Revisión de la Escala

Originalmente contaba con 29 ítems diseñados para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado de ancianos, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona receptora de cuidados. En su revisión se redujo el número de ítems a 22. A partir de ella se han desarrollado diversas versiones abreviadas que oscilan entre los 4 y 12 ítems, llegando incluso a proponerse una versión de un único ítem (el 22 de la escala original), que permitiría una estimación general de la carga.

Sobre su uso

Se trata de un cuestionario que surgió para la evaluación de la carga de cuidadores de personas con demencia y que determina la carga que experimenta el cuidador mediante una puntuación global, presentando así una concepción unidimensional de la carga a pesar de contener ítems que se refieren a distintos aspectos de la carga.

Ventajas

Se ha demostrado su utilidad para la evaluación de la carga y la determinación de la presencia de sobrecarga en diversos estudios con cuidadores de personas que padecen distintos tipos de enfermedad, como Alzheimer, esquizofrenia o esclerosis múltiple. Además, sus múltiples adaptaciones a distintos idiomas y culturas mejoran las propiedades psicométricas del mismo cuando se aplica en países distintos al de su origen y permite comparar puntuaciones entre distintos tipos de población.

No ventajas

Ese constructo unidimensional de la acepción de la carga no es aceptado por algunos autores.

Aunque es un cuestionario útil para cuidadores de personas con distintas enfermedades, existen otros cuestionarios que han demostrado gran eficacia a la hora de evaluar la carga en cuidadores de personas con enfermedades específicas.

Por último, una puntuación global de la carga no ayuda a identificar en qué áreas concretas necesita ayuda el cuidador, lo que puede limitar su utilidad para el diseño de la intervención. Y dada la existencia de otros instrumentos, ¿porqué no utilizarlos?



Debemos tener presente que cuando el propósito de la evaluación persigue una intervención, se debe de realizar una evaluación más completa. Se acompañará de la observación, cuestionarios y entrevista con personas cercanas, siempre que todo ello sea posible, para detectar la relación del cuidador con el estrés en relación con la carga, es decir, contexto, estresores, mediadores y resultados (Crespo y López, 2007). Se debe adaptar el acto de evaluación y los materiales al contexto y a las circunstancias de cada cuidador. Además, cabe señalar que cual

Quien lo aplica

Profesionales de lo social y la salud.

Tiempo de aplicación:

20-25 minutos

Escala de carga del cuidador de Zarit

Pregunta	Frecuencia					Puntuación
	N	C	A	B	C	
1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?						
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?						
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?						
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?						

5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?						
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?						
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?						
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?						
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?						
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?						
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?						
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?						
13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?						
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?						
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?						
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?						
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?						
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?						
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?						
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?						
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?						
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?						

Interpretación del resultado

Se han de sumar las puntuaciones obtenidas. Para cada frecuencia una puntuación.

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Para esta escala no existen normas ni puntos de corte establecidos, pero suele considerarse indicativa como “no sobre carga” una puntuación inferior a 46, “sobre carga ligera” entre 47-55 y como “sobre carga intensa” una puntuación superior a 56. Esta última se asocia a una mayor. Consta de 22 preguntas de 5 opciones (1-5 puntos)

Un resultado de evaluación global que se ha de especificar y acompañar con la entrevista, para apuntar las áreas de más dificultad para el cuidador y poder intervenir de forma óptima, es decir, acompañarle, ayudarle y generarle herramientas que pudiera necesitar.

Presenta gran confiabilidad íter-observador y consistencia interna. Ha demostrado también gran validez de apariencia, contenido y constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas. En validez de criterio, muestra alta correlación con instrumentos afines. También se relaciona estrechamente con detección de otras patologías, principalmente en salud mental.

Bibliografía

Chou, K-R., Chu, H., Tseng, C-L. y Lu, R-B. (2003). The measurement of caregiver burden. *Journal of Medical Sciences*, 23(2), 73-82.

Crespo, M. y López, J. (2007). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”. Madrid: IMSERSO.

López, S. R. y Moral, M. S. (2005). Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enfermería Comunitaria*, 1(1), 12-17.iew) de Zarit. *Rev Gerontol*, 6 338-346.

Martin M., Salvadó I., Nadal S., Miji L.C., Rico J.M., Lanz P., Taussing M.I. (1996) . Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobre carga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev. Gerontolo*, 6 338-346

2.3.- ESCALA LEYMAN, CUESTIONARIO LIPT 60 (ESCALA PARA ACOSO LABORAL O MOOBING)

Definiciones

Para poder valorar esta escala, es importante que definamos correctamente el termino mobbing, así como las diferentes definiciones que a lo largo del tiempo se han ido identificando y sepamos de otros conceptos relacionados que se señalan a continuación.

El término "mobbing" se deriva del verbo inglés "to mob", que se traduce como "acosar, atacar, maltratar, asediar". El concepto de mobbing se originó en el campo de la etología, una disciplina científica que se centra en el estudio del comportamiento de los animales.

Iñiqui Piñuel (2001) definió el acoso laboral como el "continuado y deliberado maltrato verbal o modal que recibe un trabajador do otro/s, con vistas a reducirlo, someterlo, apocarlo, amilanarlo o destruirlo psicológicamente y que consiste en comportamientos de hostigamientos frecuentes, recurrentes y sistemáticos contra él"

Según la Trabajadora Social Marina Parés Soliva, presidenta del Servicio Europeo de Información sobre el Mobbing (SEDISEM), el acoso moral laboral se define como un proceso en el que se busca deliberadamente destruir la estabilidad psicológica de una persona a través de tácticas de descrédito y rumores. Este tipo de acoso se lleva a cabo mediante la persecución grupal, dejando a la víctima estigmatizada sin capacidad para defenderse o expresarse, desvalorizando su palabra. La indefensión de la víctima se deriva de la pasividad de los testigos de la violencia, quienes permiten que otro ser humano sea destruido de forma cobardemente indigna.

¿Qué es el síndrome MIA? Término que acuñó el Psiquiatra Dr. González de Rivera sobre "trastorno mediocridad inoperante activa" (MIA). Este trastorno tiene un impacto en el funcionamiento de las instituciones y afecta a los trabajadores, puede dar lugar a situaciones de hostigamiento, acoso moral y síndrome de burnout. Se desarrolla en diferentes fases de gravedad y profundidad.

¿Cuál es la intervención del TS en la problemática de Acoso laboral?

El papel del trabajador social en el ámbito terapéutico y su influencia a través de su intervención en las complejas dinámicas de las relaciones laborales, en colaboración con otras disciplinas, representa una contribución significativa para fomentar entornos laborales saludables.

Vinculados a:

- El papel fundamental que desempeña al colaborar en los procesos terapéuticos de las personas que son víctimas de acoso. Su objetivo es proporcionar herramientas que les permitan comprender y enfrentar lo que están experimentando, brindar orientación, apoyo continuo y derivar hacia los servicios de atención integral de salud, así como hacia recursos institucionales y comunitarios relevantes para su situación específica. Además, el trabajador social busca incidir de manera positiva en el proceso de empoderamiento de la persona, fortaleciendo su capacidad para defender sus necesidades y derechos.
- Contribuir en la planificación de estrategias para abordar la situación específica implica la capacidad de mapear las redes de relaciones en el entorno laboral afectado, así como comprender la influencia de la institución, los actores involucrados y sus posiciones. La

intervención del trabajador social se asemeja a un diagnóstico dinámico en constante movimiento, similar a un tablero de ajedrez, donde se observan y revisan cuidadosamente los movimientos estratégicos de los actores en el entorno laboral afectado, sus patrones de comportamiento y cualquier otro factor relevante para el diagnóstico final.

- Recomendar medidas o acciones a los responsables jerárquicos del lugar de trabajo es fundamental para promover el cese de las conductas de hostigamiento y garantizar la protección de la víctima. En colaboración con otras disciplinas, el profesional licenciado en Trabajo Social debe diseñar un plan de intervención que considere la situación particular de la víctima, el entorno laboral y la estructura jerárquica de la institución. Este plan se enfocará en la prevención y protección, con el objetivo de establecer medidas efectivas que aborden el problema de manera integral.
- En el transcurso del proceso de intervención, es importante evaluar los posicionamientos de los distintos actores involucrados y los cambios que se producen a lo largo del mismo. Esto implica analizar y comprender cómo evolucionan las posturas y actitudes de las personas implicadas en relación con el problema de acoso. Dicha evaluación permite tener una visión más completa de las dinámicas y ajustar las estrategias de intervención de manera adecuada para abordar los desafíos y promover cambios positivos en el entorno laboral afectado.
- Sistematizar y aportar al diagnóstico del acoso, brindando los indicadores que oficiarían de prueba o indicio para comprender de que se trata o no de una situación de acoso.
- Realizar el dictamen forense, que constituiría un insumo importante en el abordaje jurídico del problema.
- A lo largo de todo el proceso, es fundamental monitorear el bienestar de la víctima, teniendo en cuenta que no siempre coincide con la persona que busca ayuda o realiza la denuncia al inicio del proceso. Es importante reconocer que el impacto del acoso puede variar en intensidad y manifestarse de manera diferente en cada individuo. Por lo tanto, se debe realizar un seguimiento constante de la salud física y emocional de la víctima, asegurándose de brindar el apoyo y los recursos necesarios para su recuperación y bienestar integral.

Todos estos motivos, son la concurrencia de usar una escala que nos aporte datos más empíricos, para ello a pesar de que la necesidad de usar diferentes técnicas y herramientas, el uso de la escala Leymann cobra gran peso.

Revisión de la escala

El Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo, LIPT-60 es la versión española que viene a modificar método de Leymann original (LIPT-45) creada por el Instituto de Psicoterapia e Investigación de Madrid (1999). El método añade 15 ítems nuevos y proporciona la posibilidad de respuesta del cuestionario añadiendo grados de intensidad a las conductas recibidas. Por tanto, se obtienen tanto la frecuencia como la intensidad de las estrategias de acoso percibidas por los trabajadores.

El cuestionario LIPT-60 de Leymann analiza 6 subescalas de acoso:

I. Formas de acoso laboral:

- A. Desprestigio laboral
- B. Entorpecimiento del progreso
- C. Incomunicación o bloqueo de la comunicación

- D. Intimidación encubierta
- E. Intimidación manifiesta y desprestigio personal

II. Indicadores globales para el análisis cualitativo:

- A. NEAP (Nivel de Exposición al Acoso Psicológico)
- B. IMAP (Intensidad de las Estrategias de Acoso Percibidas)
- C. IGAP (Índice General de Acoso Percibido)

La evaluación de las dimensiones del acoso en el entorno laboral proporciona información sobre el perfil específico de acoso experimentado, es decir, qué formas de acoso psicológico se están padeciendo en el trabajo. El acoso puede manifestarse predominantemente en una o más dimensiones, lo que define distintas formas de acoso. Esta comprensión de las formas específicas de acoso experimentadas por cada individuo es fundamental para diseñar e implementar estrategias cognitivas y comportamentales adecuadas, tanto en la intervención psicoterapéutica como en el ámbito organizacional.

Dimensiones que evalúa

A continuación, se presenta una tabla que muestra las dimensiones del acoso laboral junto con los ítems correspondientes a cada una de ellas, así como los ítems sin dimensión utilizados para el cálculo de los indicadores globales:

Dimensión	Ítems
Desprestigio laboral (DL)	5, 10, 17, 18, 28, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60
Entorpecimiento del progreso (EP)	14, 27, 32, 33, 34, 35, 37
Incomunicación o bloqueo de la comunicación (BC)	3, 11, 12, 13, 15, 16, 51, 52, 53
Intimidación encubierta (IE)	7, 9, 43, 44, 46, 47, 48
Intimidación manifiesta (IM)	1, 2, 4, 8, 19, 29
Desprestigio personal (DP)	6, 20, 21, 24, 25, 30, 31
Ítems sin dimensión	P22, P23, P26, P36, P38, P39, P40, P41, P42, P45

Estos ítems se utilizan para calcular las medias aritméticas de cada dimensión y para obtener los indicadores globales NEAP, IMAP e IGAP.

Indicador	Fórmula
NEAP (Contaje simple de respuestas distintas de cero)	Cantidad de respuestas distintas de cero
IGAP (Índice global)	Suma de valores asignados a las estrategias de acoso psicológico / Número total de estrategias

	consideradas (60 o número de respuestas contestadas)
IMAP (Índice medio de intensidad)	Suma de valores asignados a las estrategias de acoso psicológico / Número total de respuestas positivas

De este modo, el Cuestionario nos permite valorar 9 variables (BC; EP; DP; DL; IE; IM; NEAP; IGAP; IMAP). Las puntuaciones obtenidas para cada cuestionario cobran su significado cuando son comparadas con un baremo asociado. En este caso, disponemos de dos baremos:

Baremo 1 – Población general laboral (N=150)

Baremo 2 – Población afectada de acoso psicológico en el trabajo (N=141)

Cada variable se compara con el Baremo 1, y se anota el percentil correspondiente. Por ejemplo, si obtenemos un valor de BC=0,34 se anotará un percentil de 75. Por tanto, se debe construir otra tabla con las 9 variables, para el Baremo 1 con los percentiles correspondientes.

Percentil	NEAP	IMAP	IGAP	DL	EP	BC	IE	IM	DP
5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10									
15			0,01						
20	1,00		0,02						
25	2,00		0,03						
30	2,00		0,05	0,05					
35	3,00	1,09	0,07	0,08					
40	4,00	1,14						0,13	
45	4,00	1,20	0,10					0,16	
50	5,00	1,25	0,11	0,15		<spanstyle="color: #808000;">			
55	6,00	1,33	0,13					0,33	
60	7,60	1,40	0,15	0,23		0,12			
65	8,15	1,51	0,18					0,50	
70	9,00	1,60	0,21	0,30	0,20				
75	11,00	1,74	0,25	0,38	0,40	0,25		0,66	
80	12,00	2,00	0,26	0,58					0,16
85	15,00		0,35	0,78	0,60		0,02	1,00	
90	21,70	2,26	0,59	1,27	0,96	0,47	0,14	1,16	0,33
95	29,45	2,96	1,26	2,07	1,48	1,25	0,34	2,03	1,00
97	34,94	3,04	1,72	2,42	2,77	2,05	0,57	2,74	1,81
99	45,43	3,38	3,03	3,70	3,79	3,23	1,96	3,48	2,58

En el caso de que el análisis de datos (ver análisis de datos del baremo 1) así lo determine, deberá procederse a construir otra tabla con los percentiles correspondientes, en la que cada variable se compara con el Baremo 2. Por ejemplo, si obtenemos un valor de BC=0,34 se anotará un percentil de 15.

Tabla 2. Baremo 2 – Población afectada de acoso psicológico en el trabajo (N=141)

Percentil	NEAP	IMAP	IGAP	DL	EP	BC	IE	IM	DP
5	11,00	1,20	0,25	0,44	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
10	15,00	1,37	0,42	0,70	0,14	0,22		0,67	
15	17,30	1,54	0,52	0,93	0,29	0,33		1,00	
20	21,00	1,67	0,64	1,07	0,43			1,17	0,05
25	23,50	1,88	0,77	1,39	0,71	0,44		1,33	0,14
30	25,60	2,00	0,84	1,50	0,86	0,56		1,50	0,29
35	27,70	2,17	1,02	1,74	1,00	0,78		1,67	
40	29,00	2,31	1,15	2,00	1,14	1,00	0,14	1,83	0,43
45	31,00	2,44	1,32	2,35	1,41	1,22	0,29	2,00	0,57
50	32,00	2,65	1,45	2,57	1,57	1,33		2,17	
55	34,00	2,77	1,61	2,69	1,86	1,44	0,43	2,33	0,71
60	35,20	2,88	1,70	3,00	2,00	1,89	0,57	2,50	0,86
65	38,00	3,00	1,80	3,14	2,29	2,03	0,76	2,67	1,00
70	41,00	3,09	1,93	3,18	2,53	2,28	1,00	2,90	1,20
75	42,00	3,21	2,03	3,34	2,71	2,44	1,14	3,08	1,43
80	44,00	3,27	2,26	3,42	3,00	2,73	1,37	3,33	1,69
85	45,47	3,33	2,41	3,56	3,29	3,08	1,71	3,50	1,96
90	48,00	3,50	2,57	3,64	3,57	3,44	2,00	3,67	2,14
95	50,00	3,60	2,83	3,81	3,86	3,66	3,13	3,83	3,26
97	50,74	3,71	2,98	3,98	4,00	3,89	3,14	3,84	3,43
99	55,32	4,00	3,35	4,00		4,00	3,36	4,00	3,73

Análisis de los datos LIPT 60

A continuación, se presenta la interpretación de los índices globales y las dimensiones del LIPT-60 utilizando los baremos que permiten comparar las puntuaciones de un individuo con un grupo normativo:

Baremo 1: Relativo a una población general laboral (N=150).

Baremo 2: Relativo a una población afectada por acoso psicológico en el trabajo (N=141).

Después de completar los cuestionarios, realizar los cálculos y elaborar la tabla de percentiles utilizando el Baremo 1, se lleva a cabo una comparación de los resultados con la siguiente tabla, que proporciona dos posibles resultados:

- Si las puntuaciones obtenidas en los índices globales y dimensiones del LIPT-60 están por encima de los percentiles correspondientes al Baremo 1, esto indica que las experiencias de acoso en el trabajo están por encima de lo que se considera común en la población general laboral.
- Si las puntuaciones obtenidas se encuentran dentro de los percentiles correspondientes al Baremo 1, esto indica que las experiencias de acoso en el trabajo están dentro de los rangos considerados normales en la población general laboral, de esta manera no corresponde pasar el baremo 2.
- En el caso de que el resultado anterior, requiera la necesidad de pasar el baremo 2, se elabora una nueva tabla de percentiles comparativa y realiza los siguientes análisis para calificar el acoso en 4 niveles de gravedad.

Tabla 4. Comparativa de la muestra de estudio con una muestra afectada por acoso psicológico (Baremo 2)

	Condición para baremo 2, comparado con población que sufre acoso	Resultado
■	Si IGAP o más de 2 dimensiones tienen un percentil superior a 60	Alta probabilidad de padecer acoso. Se requiere una exploración individual más a fondo para valorar el caso. Riesgo de desarrollo de cuadro psicopático.
■	Si IGAP o más de 2 dimensiones están entre los percentiles 30 y 60	Moderada probabilidad de acoso, y es recomendable, exploración individual para confirmar la situación de acoso psicológico en el trabajo y valorar posible sintomatología psicopatológica asociada.
■	Si IGAP o más de 3 dimensiones están entre los percentiles 15 y 30 e IMAP > 70	Probabilidad pequeña, de acoso psicológico. Aunque la intensidad de acoso percibida es muy alta por lo que la probabilidad es mayor y se debe hacer una entrevista y exploración psicopatológica en profundidad.
	Si IGAP o más de 3 dimensiones están entre los percentiles 15 y 30	Probabilidad pequeña, de acoso psicológico.
	En caso contrario	El estudio no presenta indicios de la existencia de acoso psicológico.

BILBIOGRAFÍA

<https://facthum.com/aquiescencia/>

<https://www.escenicacoaching.com/test/test-de-autoestima/#:~:text=El%20doctor%20Morris%20Rosenberg%20fue,la%20autoestima%20y%20el%20autoconcepto.&text=Aunque%20falleci%C3%B3%20en%20el%20a%C3%B1o,de%20hoy%20se%20mantienen%20vigente.>

<https://psicologiyamente.com/clinica/escala-autoestima-rosenberg>

<https://psicologiyamente.com/clinica/escala-autoestima-rosenberg>

https://www.academia.edu/36157629/ROSENBERG_Ficha_tecnica

<http://espectroautista.info/RSES-es.html>

https://ingredientesparaelexito.com/test-de-autoestima#google_vignette

Marina Parés Soliva: "El trabajador social como perito en el mobbing. La peritación social del mobbing. Seminario: Nuevas funciones del rol del trabajador social." Universidad de Barcelona 22 de mayo de 2008; pág. 4.

Sabino Delgado y David González-Trijueque: Definición de mobbing en: Acoso Moral Laboral. Una amenaza silenciosa en la sociedad actual. Editorial Psicolibros. Montevideo, mayo de 2013; pag.24.

Marie France Hirigoyen: "El Acoso Moral en el Trabajo". Editorial Paidós. Buenos Aires 2001; pág. 147.