

Grupo Control del ILOP (Inventario de Evaluación de Logro de Objetivos en Psicoterapia. Szprachman, R. 2003 - 2005).
Estudio comparativo entre una Población Clínica y una No Clínica.

Tesis de Maestría en Clínica Psicológica Cognitiva

Director de Maestría: Héctor Fernández Álvarez

Universidad de Belgrano

Facultad de Humanidades

Autor: Flavia Schlingmann

Matrícula: 620/1603

Director de Tesis: Regina Szprachman de Hubscher

Agradecimientos

**A todas las personas que colaboraron con el trabajo y
Especialmente a Regina.**

Índice

1.-Primera Parte:

- Resumen.....	6
- Introducción.....	7
- Objetivo General	11
- Objetivo Específico.....	12

2.-Segunda Parte:

- Método Materiales:	
• El ILOP, su construcción y marco teórico.....	15
• Recursos Tecnológicos.....	17
- Participantes.....	18
- Diseño.....	19
- Procedimiento.....	20

3.-Tercera Parte:

- Resultados	
• Resultados del Objetivo 1.....	23
• Resultados del Objetivo 2.....	26
• Resultados del Objetivo 3.....	28
• Resultados del Objetivo 4.....	34

4.-Cuarta parte

- Conclusiones.	
• Conclusión del Objetivo 1.....	40
• Conclusión del Objetivo 2.....	42
• Conclusión del Objetivo 3.....	43
• Conclusión del Objetivo 4.....	47
- Conclusión General.....	51

5.-Quinta parte

Presentación de casos atendidos por el autor	
• Caso 1.....	55

- Caso 2.....61

- Apéndice.....66
- Bibliografía.....75

Primera Parte

Resumen.

Este estudio se aboca aplicar el ILOP (Inventario de Evaluación de Logro de Objetivos en Psicoterapia) (Szprachman, 2003-2005) a una población no clínica. Tal tarea resulta necesaria a los efectos de contribuir a la normalización del instrumento. La muestra, está representada por 101 sujetos para la población no clínica (PNC) y 82 sujetos para la población clínica (PC). La PC está constituida por consultantes que asistieron por iniciativa propia solicitando ayuda profesional firmando un Consentimiento Informado que permite el uso de sus resultados. Se sabe que hay muy poca experiencia en investigación sobre evaluación de logros de objetivos en Psicoterapia. El ILOP permite apreciar la evolución del tratamiento tanto por el consultante como por el equipo tratante.

El grupo control es necesario como punto de referencia neutral para poder comparar el efecto de la aplicación del ILOP. Se busca entonces la curva de la población no clínica con la aplicación del ILOP (variable dependiente).

Los resultados obtenidos permiten concluir que la población no clínica (PNC) representa el momento que de seguimiento identificado por el ILOP. Dicha población cuenta con mayor desarrollo y capitalización de recursos positivos que les permite funcionar sin necesidad de consulta profesional.

Introducción

Este estudio se propone aplicar el ILOP a una población no clínica (PNC) para obtener la muestra control.

Justifica la presente investigación un requisito que impone el quehacer científico. El mismo considera que para diseñar un experimento en el que se pueda confiar es necesaria la presencia de un grupo control.

Un **grupo control** es un punto de referencia neutral para poder comparar el efecto de la aplicación de la variable dependiente (ILOP) en una población no clínica (PNC).

Justifica la elección de aplicar el ILOP al grupo control el que, desde el inicio de su construcción hasta la fecha, el trabajo en la clínica con el ILOP alimenta y estimula de manera personal la investigación en psicoterapia marcando una diferencia en el ámbito científico.

Así, en el ámbito de la investigación en psicoterapia, tiene relevancia teórica y práctica. Ofrece la posibilidad de la exploración fructífera de cómo responden los sujetos a los tratamientos y da a conocer en mayor medida el comportamiento con el feedback de la valoración de las escalas y subescalas que componen el ILOP.

Algunos referentes internacionales de la investigación en psicoterapia son Howard, K. y otros (1996), quienes llevaron a cabo exhaustivas investigaciones acerca de la eficacia y la efectividad del tratamiento con el uso de la evaluación de tratamientos en entornos clínicos y la aplicación de procedimientos experimentales basadas en mediciones pre-post tratamiento.

Un aporte sustancial que es necesario incluir son los conceptos de cambio clínicamente significativo (CCS) y de cambio confiable (CC), dado que se usarán estas calificaciones en la valoración de los resultados de la presente investigación. "Para que haya "cambio clínicamente significativo" según Jacobson y otros (1984), deben cumplirse dos criterios:

- 1.- que el consultante comience en el rango disfuncional y termine en el rango funcional;
- 2.- que el puntaje de cambio esté dentro de la magnitud de lo que se considera confiable.

En otro trabajo 1991, dicen que el índice de cambio confiable tiene tres características:

1.- es un valor obtenido de la diferencia de los puntajes de pre – test / post – test que tiene que superar el grado de error de medición y ser mayor que un desvío estandar de la media,

2.- el cambio puede ser positivo o negativo,

3.- un valor menor al cambio confiable, no es considerado un cambio real.”
(Szprachman, R. 2005. Reproducido con autorización de la autora)

Otro referente es Lambert, M, (2001) que brinda información sobre cómo los efectos del feedback mejoran los resultados.

Lambert (2001) y Hawkins (2004) demuestran que dar feedback a consultantes y terapeutas optimiza significativamente los resultados comparando con tratamientos donde no se da feedback. Los autores concluyen que la efectividad del feedback se manifiesta en mayor adherencia al tratamiento en los casos severos y en los no severos, terapias más cortas con iguales resultados.

Metodológicamente hablando, un experimento se lleva a cabo para analizar si una o más variables independientes (factor de agrupación), afectan a una o más variables dependientes y por qué lo hacen.

En este caso se considera al ILOP la variable dependiente; al ser aplicado a la población clínica (PC) y a la población no clínica (PNC), (factores de agrupación), se observan los resultados, es decir el efecto de su aplicación en ambas poblaciones, permitiendo contrastar la hipótesis planteada.

Hipótesis:

- La primera hipótesis planteada considera que, con la aplicación del ILOP se va a obtener la información actual del estado de la muestra no clínica.

- La segunda hipótesis que se plantea, considera que el perfil de la muestra no clínica (PNC) pertenecería a la población de seguimiento de la muestra clínica (PC).

La variable independiente resulta de interés para el investigador por ser la variable que hipotetiza, que será una de las causas que producen el efecto supuesto (Christensen, 1980).

Entonces, para obtener evidencia de esta relación causal supuesta, el investigador manipula la variable independiente (factor de agrupación) y observa si la dependiente varía o no.

Se entiende por manipular, hacer variar o dar distintos valores a la variable independiente.

Para que una variable pueda ser calificada como independiente debe cumplir con dos requisitos: que varíe o sea manipulada y que esta variación pueda controlarse. (Hernández Sampieri, 1998)

Ahora bien, “el término “control” tiene diversas connotaciones dentro de la experimentación. Su aceptación más común es que, si en el experimento se observa que una o más variables independientes (factores de agrupación, PC y PNC) hacen variar a las dependientes, la variación de estas últimas se la deba a la manipulación y no a otros factores o causas y si se observa que una o más independientes no tienen efecto sobre las dependientes, se pueda estar seguro de ello. En términos más coloquiales, tener “control” significa saber qué está ocurriendo realmente con la relación entre las variables independientes y dependientes”. (Hernández Sampieri, R. 1998)

Los diseños de Grupo Control facilitan el proceso de comparación, de registros de diferencias o de contrastes que es fundamental para la comprobación científica.

Lograr control en un experimento es controlar la influencia de otras variables dependientes, para que así podamos saber realmente si las variables independientes que nos interesan tienen o no efecto en las dependientes. (Hernández Sampieri, R. 1998)

Es decir, “purificamos” la relación X (independiente) con Y (dependiente) de otras posibles fuentes que afecten a Y que nos “contaminan” el experimento.

En el presente trabajo cuando se habla de la manipulación de la variable dependiente, se hace referencia al ILOP, ya que se busca obtener los efectos de su aplicación en los factores de agrupación: la población clínica (PC) y la población no clínica (PNC).

El ILOP, en el trabajo clínico, da feedback (al consultante y al equipo) del estado autopercebido de los sujetos. Aplicado con determinada frecuencia se observa la evolución de la psicoterapia.

La comparación con el grupo control o población no clínica (PNC) es, necesaria, entonces, para que indique, frente a la ausencia del tratamiento psicológico, si hay o no efecto de la manipulación de la variable dependiente.

El método para compensar los efectos del propio experimento es el establecimiento de un Grupo Control. (Babbie, E. 2000)

Para que la comparación entre los resultados tenga el menor sesgo posible, el grupo control y el experimental deben ser lo más parecidos posibles respecto a todas las características que puedan influir en los resultados.

Se define como sesgo a toda diferencia sistemática (no aleatoria) en algún aspecto del ensayo (diseño, desarrollo, análisis o interpretación) que provoque una estimación del efecto desviado de su valor real.

Todo este proceso metodológico se encarga de buscar estrategias para incrementar la construcción del conocimiento.

En la inmensa mayoría de los casos, la observación científica es observación en sentido amplio, (en este caso del campo clínico) lo cual indica que la labor empírica de los científicos siempre presupone implícitamente un marco teórico constituido por todas aquellas teorías ya aceptadas por la comunidad científica, que en el momento de la investigación se consideran fuera de discusión.

Klimosvky, G. (1994) explica que “los datos de la base empírica son aquellos que cualquier persona puede observar de la vida cotidiana con el auxilio del lenguaje ordinario, y que están por tanto provistos de suficiente poder de conceptualización básica. A partir de ellos, el científico tratará de formular suposiciones que involucran entidades de la zona teórica y que permitan justificar creencias y explicar las regularidades que se hallan en la vida cotidiana”.

Metodológicamente hablando, los datos de la base empírica son los que se registran en la muestra clínica, extraídos del día a día del trabajo clínico. Epistemológicamente hablando, la teoría de la que se parte es la integración de la terapia sistémica breve y la terapia cognitivo conductual.

La utilización del ILOP, surge de la necesidad de evaluar el estado del consultante desde su ingreso a psicoterapia hasta el logro de los objetivos con él co-construidos.

El ILOP nos ayuda a responder si los problemas que la gente trae a terapia, persisten o son mantenidos a través de las conductas, pensamientos, emociones (soluciones inapropiadas) de la vida cotidiana del consultante. (Szprachman, R. 2005)

Además del campo de la epistemología y de la metodología convergen en este trabajo fundamentos del campo de la epidemiología.

Los instrumentos intelectuales que proporciona la epidemiología capacitan a todos los clínicos no sólo para examinar la historia de los trastornos de salud de los pacientes, sino también la historia natural de la atención médica y sus resultados.

Una de las tareas actuales de la epidemiología es diseñar sistemas de información en salud adecuados para la adopción de decisiones clínicas y administrativas que se puedan basar en un constante caudal de información útil. (Espinosa Brito, 2000)

El ILOP, en este sentido aporta a la comunidad de profesionales y a quienes consultan una forma de evaluar y visualizar el Logro de Objetivos en Psicoterapia.

Uno de los fundamentos de la investigación epidemiológica, es que los trabajadores dedicados a la salud mental visualicen mejor el potencial de esta disciplina como medio importante para conocer las condiciones de salud mental en las comunidades y como guía singular para la planificación, organización y ejecución de actividades encaminadas a mejorar esas condiciones.

En las últimas décadas como consecuencia de la revolución científico técnica han surgido fuertes corrientes integradoras en el campo de las ciencias.

Fruto de esa corriente integradora es la que surge por los años 60 y con ribetes de nueva disciplina: la epidemiología clínica. (Espinosa Brito, 2000)

El verdadero fundamento científico de la clínica es tratar de disminuir la incertidumbre frente a un problema individual dado.

La epidemiología clínica, pretende venir al rescate de la clínica como ciencia, con instrumentos y razonamientos acordes con la época que vivimos. (Espinosa Brito, 2000)

El objeto de la epidemiología es la relación entre el subconjunto de enfermos y el conjunto de la población al cual pertenece dicho subconjunto, así como los factores que determinan esa relación. (Almeida Filho, 1989)

Así, con este trabajo epidemiológicamente hablando, se pretende ver la relación entre el estado de las población en estudio para hipotetizar acerca del conjunto.

Objetivo General: el objetivo general de este trabajo es la identificación de la relación existente entre una población no clínica (PNC) y la población clínica (PC), a través del ILOP.

Merece aclararse que el ILOP ha correlacionado con el OQ@45.2 de Lambert y el SCL 90 de Derogatis (Szprachman, R. 2005, 2006) por lo que la respuesta al ILOP también implica que la respuesta de los sujetos es una respuesta representativa de tal correlación con los dos instrumentos citados.

Objetivos específicos:

1) Determinar si existen asociaciones estadísticamente significativas a través del ILOP en y entre la población clínica (PC) y la no clínica (PNC).

1.a)Determinar si existen asociaciones estadísticamente significativas a través del ILOP *en* la población clínica (PC) y *en* la población no clínica (PNC).

1.b) Determinar si existen asociaciones estadísticamente significativas a través del ILOP *entre* la población clínica (PC) y la población no clínica (PNC).

2)Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas *entre* la población clínica (PC) y la población no clínica (PNC), en el ILOP.

3) Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas según género.

3.a) Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas por género tanto en la población clínica (PC) como en la población no clínica (PNC).

3.b) Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas *entre* la población clínica (PC) y la no clínica (PNC) según género.

4) Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas según edad.

4.a)Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas según la edad tanto en la población clínica (PC) como en la población no clínica (PNC).

4.b) Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas *entre* la población clínica (PC) y la no clínica (PNC) según diferentes bandas etáreas.

Cabe destacar que la realización de este trabajo, fue posibilitado por el entrenamiento en clínica con la utilización del ILOP. En tal entrenamiento se incluye el dar el feedback del estado del tratamiento a los consultantes, terapeutas y equipo, supervisados por la Dra. Regina Szprachman. A la constante formación en la clínica psicológica. Y a la realización del Curso Abierto de Doctorado, en la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología: Análisis de Datos en Ciencias Sociales: Manejo del SPSS cuyos docentes responsables del curso son: Fernández Liporace y Castro Solano.

Tal complejo entrenamiento que sigue los pasos de los originales requisitos para la construcción del ILOP, se han transformado en el objetivo personal de quien

suscribe este trabajo y permite comenzar a tener un acercamiento al mundo de la estadística. También permite entender los procedimientos estadísticos necesarios para alcanzar conclusiones confiables.

Aquí data la formación de la autora el tener en su haber experiencias exitosas y no tanto. Las mismas han sido aprovechadas como oportunidad constante de evaluar, re-evaluar, o reconsiderar la evolución de un tratamiento en la práctica clínica (de las distintas psicoterapias o tratamientos efectivos) y el respaldo empírico de los resultados obtenidos con el ILOP.

Segunda Parte

Materiales y Método:

- **El ILOP, su construcción y marco teórico.**

La construcción del ILOP, (Inventario de Evolución de Logro de Objetivos / Resultados en Psicoterapia Szprachman, Regina 2003-2005) (ver Apéndice); surge de la necesidad de construir un instrumento en el que el consultante autoevalúe su evolución en el tratamiento y que sirva de feedback tanto al terapeuta, como al propio consultante.

El ILOP es un cuestionario multidimensional (Inventario) construido por un conjunto de reactivos capaces de evaluar, en forma válida y confiable, las diferentes facetas del logro terapéutico. (Szprachman, R 2005).

Permite registrar las opiniones del sistema terapéutico sobre el estado actual del tratamiento.

Los 35 reactivos con los que cuenta se distribuyen en diferentes apartados debido a que el protocolo es completado por la tríada.

La primera parte contiene 24 items (en formato de pregunta) y es respondida por el propio consultante. (Szprachman, R 2005).

Esta primera parte se subdivide en una sección con 21 preguntas cuyas respuestas están en formato tipo escala Likert, escala de cinco opciones de respuesta (por ejemplo: para nada – casi nada – medianamente – casi totalmente – totalmente (“parte cuantificable”). Dichas repuestas permiten conocer la apreciación del consultante sobre su estado en relación al objetivo, meta (“parte cualitativa”).

Los items están agrupados en dos escalas con cinco subescalas y un operador final que es el Índice de Resultados (IR).

Las dos escalas son:

1-Recursos Positivos (RP), definida como el incremento y /o desarrollo de aquellas conductas satisfactorias, desde la evaluación del consultante, que contribuyen a la reducción del malestar;

2-Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP), entendiendo como tal; aquellas conductas que, al ser implementadas, reproducen o empeoran el problema.

Las subescalas correspondientes a recursos positivos (RP) son:

- Motivación (MO): fuerza impulsora de cambio. Evalúa el grado en que el consultante manifiesta la necesidad de resolver su problema.
- Soluciones del Entorno a la Resolución del Problema (SE): hace referencia a los intentos de colaboración, percibidos por el consultante, de los familiares y/o allegados para la resolución del problema. Evalúa el grado de colaboración del entorno a la resolución del problema.

Las subescalas correspondientes a soluciones mantenedoras del problema (SMP) son:

- Soluciones Inapropiadas con Asunción de Responsabilidad Propia (SI): es la evaluación de la responsabilidad que el consultante se atribuye en la generación de su malestar. Evalúa el grado de responsabilidad del consultante en la generación de su malestar.
- Malestar Autoevaluado (MA): es la percepción del sujeto, de la perturbación o sufrimiento que le genera el síntoma o el problema. Evalúa el grado de percepción del sujeto de su sufrimiento.
- Malestar Atribuido al Medio (MM): es la perturbación o sufrimiento, percibido por el sujeto, como proveniente del contexto. El contexto está integrado por sus otros significativos y sistemas de relaciones donde está inserto. En las preguntas se utilizan los términos allegados y entorno. Son los consultantes los que nos informan en quién / quiénes pensaron al ser repreguntados acerca del grado de malestar atribuido al medio.

Índice de Evolución de Resultados (IR): es la relación o balance entre los Recursos Positivos y las Soluciones Mantenedoras del Problema. Resume la condición y percepción actual del consultante respecto del alcance del resultado buscado. (Szprachman, R; 2006. Reproducido con la autorización de la autora)

El inventario ILOP resulta ser una escala global de logro y cinco factores (dimensiones) que se sub – agrupan en dos mayores. La discriminación de la agrupabilidad de las respuestas tanto en las dos escalas como en sus correspondientes subescalas, confirma la coherencia ecológica del modelo terapéutico con los reactivos del inventario de Evaluación de Logros de Objetivo en Psicoterapia. (Szprachman, 2003)

La relación que las dimensiones guardan con la opinión del terapeuta y supervisor, tanto respecto a la eficacia del consultante para la resolución de sus problemas, su grado de cercanía al logro y su motivación, como a la aceptación de los recursos terapéuticos incorporados y al malestar del consultante, demuestran que el inventario capta una serie de aspectos muy relevantes para la teoría de la técnica del logro terapéutico. (Szprachman, R. 2003)

Para buscar la validez convergente (Szprachman, R. 2006), se realiza la aplicación conjunta del ILOP con el cuestionario de Resultados OQ©-45.2 de Lambert y el inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis, por sugerencia de Michael J. Lambert.

Se obtuvo una correlación significativa entre estos instrumentos lo que permitió concluir que el ILOP, al presentar una alta correlación con dos inventarios testeados largamente a nivel internacional como lo son el OQ©-45.2 y el SCL-90-R, confirma su capacidad en la medición progresiva de la evolución de un tratamiento hasta el alcance del resultado. (Szprachman, R. 2006)

Los tres se utilizan para evaluar el grado de malestar y su evolución en la psicoterapia, pero el valor diferencial del ILOP, está en que incluye la evaluación de la psicoterapia aplicada, mientras que los OQ©-45.2 y el SCL-90-R, miden la reducción del a sintomatología. (Szprachman, R. 2006)

Otros antecedentes del ILOP, han mostrado la capacidad del mismo, de diferenciar, de manera significativa, las distintas etapas de la psicoterapia: Inicio, Seguimiento, Mantenimiento (Szprachman, R. 2007).

Los resultados obtenidos en estos estudios, muestran diferencias significativas ($p < 0,01$) en los sucesivos momentos del tratamiento (Inicio, primer mes de Seguimiento y Mantenimiento).

El ILOP se completa con una curva percentilada con la que el consultante ve su estado y compara su evolución. Su estudio muestral ha permitido establecer las curvas típicas correspondientes a las distintas etapas del tratamiento. Así se identifican “curvas funcionales” y “curvas disfuncionales”, con relación a las distintas etapas del tratamiento como la correspondiente a quienes no están en tratamiento.

- **Recursos Tecnológicos**

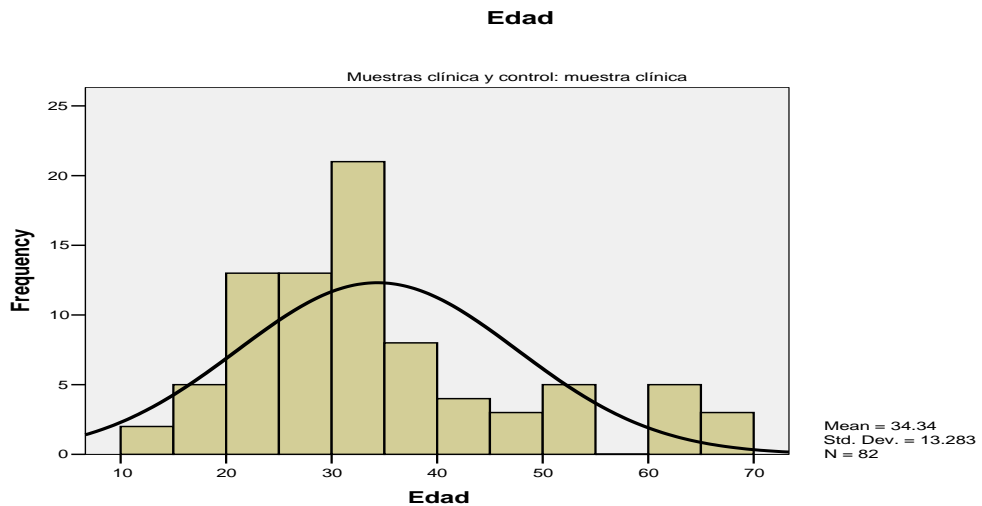
Se utiliza cálculos de correlación de Pearson, para responder al objetivo de asociaciones entre las escalas y subescalas del ILOP.

Para el objetivo de las diferencias significativas entre las muestras (poblaciones), la Prueba t de Student, asumiéndose el supuesto de homocedasticidad sobre el test de Levene.

Participantes.

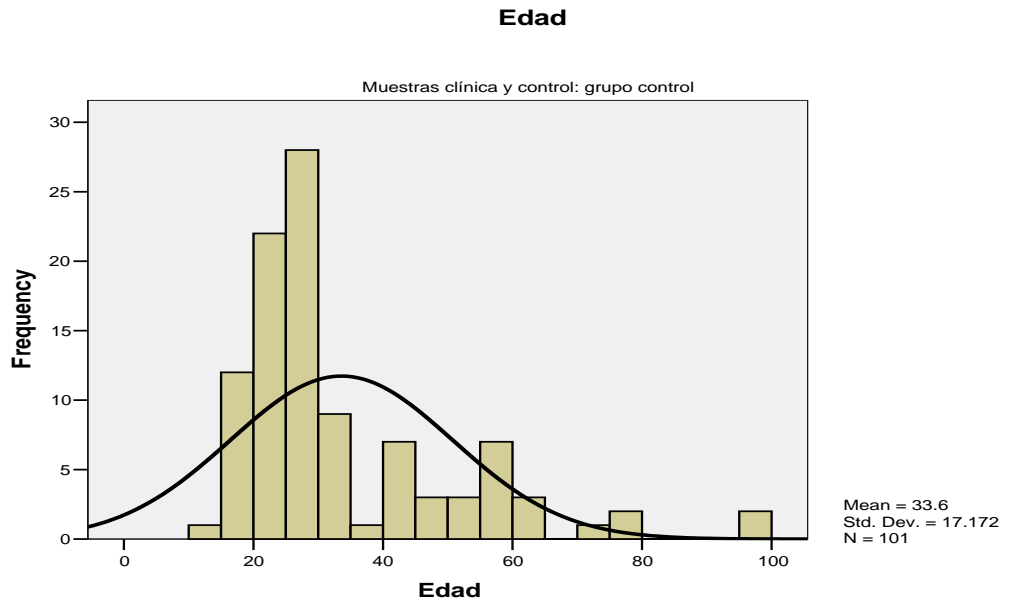
En esta investigación se ha realizado la recogida de datos, por un lado de, muestra experimental, o población clínica (PC), compuesta por 82 consultantes que asisten al Centro de Terapias Breves (CTB), quienes realizan tratamiento, por iniciativa propia, en dicho Centro.

La muestra clínica está compuesta por un 23,2% de varones y un 76,8% de mujeres. Las edades varían entre los 11y los 70 años (\bar{X} edad = 34,34; dt = 13,28). El 23,2% poseía estudios secundarios, en tanto que el 37,8% había completado la educación universitaria, y el 18,3% terciaria. El 7,2% restante había cumplido sólo con el nivel primario.



Y un segundo grupo, muestra control, o población no clínica (PNC), compuesta por 101 sujetos, (22,8% varones y 77,2% mujeres). Las edades varían entre los 11y los 80 años (\bar{X} edad =33.6; dt =17,17). El 29,7% poseía estudios

secundarios, en tanto que el 36,6% había completado la educación universitaria y el 11,9% el terciaria. El 2 % restante había cumplido sólo con el nivel Primario.



Diseño.

Este trabajo tiene el propósito de explorar y describir los efectos provocados por la manipulación de la variable dependiente ILOP, en la población no clínica (PNC) y compararlos con los efectos provocados en la PC.

Procedimiento:

Los grupos se constituyeron tomando una muestra aleatoria de la población clínica (PC) y no clínica (PNC).

Para obtener la muestra de la población no clínica, se asistió a diferentes cátedras (Estadística, Psicología Laboral) de la Universidad de Buenos Aires, cuyos profesores permitieron que sus alumnos colaboren y ellos mismos colaboraron, con la evaluación del protocolo. La muestra también contó con la colaboración de cada terapeuta del centro, ya que cada uno aportó 10 evaluaciones con el ILOP.

La muestra clínica pertenece a la etapa de seguimiento.

Los 82 participantes de la muestra de la población clínica asisten al Centro de Terapias Breves una vez por semana para hacer terapia.

El CTB es un centro ambulatorio de atención programada, que responde a la demanda espontánea. Los integrantes de esta muestra se encuentran en su totalidad en diferentes momentos de evolución (seguimiento) en su tratamiento. Algunos de ellos están en sus comienzos y otros cerca del pasaje a mantenimiento, es decir cercanos al cumplimiento de su objetivo.

También vale acotar que el ILOP se ha desarrollado gracias a la colaboración de todos los integrantes del sistema terapéutico trabajando en el marco de un área denominada Docencia en Supervisión llevada a cabo en Cámara Gesell en el CTB.

Cada consultante es evaluado con su autorespuesta al ILOP desde la primer entrevista a lo que se agrega una exhaustiva recolección de información clínica estratégicamente recogida. A esa etapa se la denomina “etapa de inicio” que se considera realmente el inicio del tratamiento. Luego el consultante responde al ILOP a lo largo del tratamiento (“etapa de seguimiento”) cada 4 entrevistas y tras el alcance de la meta (“etapa de mantenimiento”) cada 3, 6 y 12 meses.

Lo distintivo de la psicoterapia con el uso del ILOP es el feedback del estado del consultante que da el ILOP a los tres subsistemas (consultante/s, terapeutas del equipo, supervisor) que componen el sistema terapéutico. Cabe aclarar que siempre se tiene en cuenta la impresión clínica, que el ILOP viene a enriquecer.

Merece destacarse que tras el desarrollo del ILOP se dio con la bibliografía relevante en resultados en psicoterapia que representó una confirmación y enriquecimiento de los pasos seguidos con el ILOP. Hasta la curva típica se realizó siguiendo los pasos que se realizan en la construcción científica de un instrumento aunque con un plus de creatividad que desemboca en la curva correspondiente a cada caso y luego a la población.

A partir de este procedimiento se identificó la curva típica de una población disfuncional, o de ingreso a Psicoterapia, y las curvas típicas de seguimiento y mantenimiento cuando hay un cambio perceptible desde la clínica y desde la autoevaluación que hace el consultante con el ILOP que debería representar un cambio clínicamente significativo.

A la población no clínica se le administró el inventario de seguimiento, con las siguientes instrucciones: *“La Dirección del CTB agradece desde ya por vuestra participación en esta investigación. La misma se lleva a cabo para evaluar su logro de objetivos y el grado de satisfacción o no que le produce. Al terminar de responderlo usted tendrá una evaluación aproximada de su grado de satisfacción”* y se propuso un día y hora de devolución a la que nadie asistió.

Tercera Parte

Resultados.

Resultados del Objetivo 1:

Determinar si existen asociaciones estadísticamente significativas en el ILOP en y entre la población clínica y la no clínica.

1.a) Determinar si existen asociaciones estadísticamente significativas a través del ILOP en la población clínica y en la no clínica.

Para determinar si existen asociaciones significativas en el ILOP se realizaron cálculos de correlación de Pearson.

4.a.1) Población Clínica

Se encontraron asociaciones directas y significativas en la población clínica (PC) (se insertan los resultados con autorización de la autora dado que la autora no los ha publicado aún) entre, Motivación (MO) y Recursos Positivos (RP) ($r = .789$; $p = .000$); Motivación (MO) y el Índice de Resultados (IR) ($r = .617$; $p = .000$); Soluciones del Entorno (SE) y Recursos Positivos (RP) ($r = .700$; $p = .000$); Soluciones del Entorno y el Índice de Resultados (IR) ($r = .276$; $p = .012$); Soluciones Inapropiadas (SI) y Malestar Atribuido al Medio (MM) ($r = .217$; $p = .050$); Malestar Autoevaluado (MA) y Malestar Atribuido al Medio (MM) ($r = .250$; $p = .024$); Malestar Autoevaluado (MA) y Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) ($r = .789$; $p = .000$); Recursos Positivos (RP) y el Índice de Resultados (IR) ($r = .615$; $p = .000$); Malestar Atribuido al Medio (MM) y Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) ($r = .792$; $p = .000$).

Se observan también asociaciones inversas significativas, en la población clínica (PC) y estas son entre: Motivación (MO) y Malestar Autoevaluado (MA) ($r = -.256$; $p = .020$); Motivación (MO) y Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) ($r = -.231$; $p = .037$); Malestar Autoevaluado (MA) y el Índice de Resultados (IR) ($r = -.686$; $p = .000$); Malestar Atribuido al Medio (MM) y el Índice de Resultados (IR) ($r = -.598$; $p = .000$); Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) y el Índice de Resultados (IR) ($r = -.812$; $p = .000$)

Tabla 1.a.1. Asociaciones estadísticamente significativas en la población clínica(PC).

	MO - PC	SE - PC	SI - PC	MA - PC	MM - PC	RP - PC	SMP - PC	IR - PC
MO - PC	n.s.	n.s.	n.s.	-.256*	n.s.	.789**	-.231*	.617**
SE - PC	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.700**	n.s.	.276*

SI - PC	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.217*	n.s.	n.s.	n.s.
MA - PC	-.256*	n.s.	n.s.	n.s.	.250*	n.s.	.789**	-.604**
MM - PC	n.s.	n.s.	.217*	.250*	n.s.	n.s.	.792**	-.598**
RP- PC	.789**	.700**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.615**
SMP- PC	-.231*	n.s.	n.s.	.789**	.792**	n.s.	n.s.	-.812**
IR - PC	.617**	.276*	n.s.	-.686**	-.598**	.615**	-.812**	n.s.

*p<.01
**p<.05

1.a.2) Población No Clínica

En la población no clínica (PNC) se encontraron asociaciones directas y significativas entre las subescalas Motivación (MO) y Recursos Positivos (RP) ($r = .831$; $p = .000$); Motivación (MO) y el Índice de Resultados (IR) ($r = .790$; $p = .000$); Soluciones del Entorno (SE) y Recursos Positivos (RP) ($r = .572$; $p = .000$); Soluciones Inapropiadas (SI) y Malestar Autoevaluado (MA) ($r = .603$; $p = .000$); Soluciones Inapropiadas (SI) y Malestar Atribuido al Medio (MM) ($r = .488$; $p = .000$); Soluciones Inapropiadas (SI) y Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) ($r = .633$; $p = .000$); Malestar Autoevaluado (MA) y Malestar Atribuido al Medio (MM) ($r = .526$; $p = .000$); Malestar Autoevaluado y Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) ($r = .909$; $p = .000$); Malestar Atribuido al Medio (MM) y Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) ($r = .832$; $p = .000$), Recursos Positivos (RP) y el Índice de Resultados (IR) ($r = .786$; $p = .000$).

Y se observan también asociaciones indirectas significativas, en la población no clínica (PNC) entre las escalas y subescalas: Motivación (MO) y Soluciones Inapropiadas (SI) ($r = -.632$; $p = .000$); Motivación (MO) y Malestar Autoevaluado (MA) ($r = -.783$; $p = .000$); Motivación (MO) y Malestar Atribuido al Medio (MM) ($r = -.493$; $p = .000$); Motivación (MO) y Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) ($r = -.750$; $p = .000$); Soluciones Inapropiadas (SI) y Recursos Positivos (RP) ($r = -.505$; $p = .000$); Soluciones Inapropiadas (SI) y el Índice de Resultado (IR) ($r = -.604$; $p = .000$); Malestar Autoevaluado (MA) y Recursos Positivos (RP) ($r = -.667$; $p = .000$); Malestar Autoevaluado y el Índice de Resultados (IR) ($r = -.848$; $p = .000$); Malestar Atribuido al Medio (MM) y Recursos Positivos (RP) ($r = -.435$; $p = .000$); Malestar Atribuido al Medio (MM) y el Índice de Resultados (IR) ($r = -.702$; $p = .000$); Recursos Positivos (RP) y Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) ($r = -.643$; $p = .000$); Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) y el Índice de Resultados (IR) ($r = -.895$; $p = .000$).

Tabla 1.a.2. Asociaciones estadísticamente significativas en la Población no Clínica (PNC).

	MO - PNC	SE - PNC	SI - PNC	MA - PNC	MM - PNC	RP- PNC	SMP- PNC	IR - PNC
MO - PNC	n.s.	n.s.	-.632**	-.783**	-.493**	.831**	-.750**	.790**
SE - PNC	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.572**	n.s.	.225*
SI - PNC	-.632**	n.s.	n.s.	.603**	.488**	-.505**	.633**	-.604**
MA - PNC	-.783**	n.s.	.603**	n.s.	.526**	-.667**	.909**	-.848**
MM - PNC	-.493**	n.s.	.488**	.526**	n.s.	-.435**	.832**	-.702**
RP- PNC	.831**	.572**	-.505**	-.667**	-.435**	n.s.	-.643**	.786**
SMP-PNC	-.750**	n.s.	.633**	.909**	.832**	-.643**	n.s.	-.895**
IR - PNC	.790**	.225*	-.604**	-.848**	-.702**	.786**	-.895**	n.s.

(*) $p < .05$

(**) $p < .01$

1.b) Determinar si existen asociaciones estadísticamente significativas a través del ILOP entre la población clínica y la población no clínica

No se encontraron asociaciones directas o inversas significativas entre las escalas y subescalas del ILOP entre las diferentes poblaciones (PC) y (PNC).

Resultados del Objetivo 2:

Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la población clínica (PC) y la población no clínica (PNC) en el ILOP.

Para verificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la clínica y no clínica en el ILOP, se utilizó la Prueba T Student para muestras independientes.² Se asume el supuesto de homocedasticidad sobre el test de Levene.

Se encuentra que existen diferencias estadísticamente significativas en las subescalas: Soluciones Inapropiadas con o sin Asunción de Responsabilidad Propia (SI), Malestar Autoevaluado (MA), Malestar Atribuido al Medio (MM), en la escala Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) y en el Índice de Resultados (IR). En cada escala se observa dicha diferencia a favor de la población clínica (t SI = 6,648, df = 148.974; p = .000) (\bar{X} SI muestra clínica = 9,18; sd = 3,076 vs \bar{X} SI muestra no clínica = 6,51; sd = 2,35); (t MA = 6,668; df = 181; p = .000) (\bar{X} MA muestra clínica = 12,70; sd = 2,747 vs. \bar{X} MA muestra no clínica = 9,72; sd = 3,188); (t MM = 2.829; df = 181; p = .005) (\bar{X} MM población clínica = 7,62; sd = 2,765 vs. \bar{X} MM población no clínica = 6,53; sd = 2,431); (t SMP = 5.790; df = 181; p = .000) (\bar{X} SMP población clínica = 20,32; sd = 4.357 vs. \bar{X} SMP población no clínica = 16.28;sd 4.950); (t IR = -5.386; df = 172.163; p = .000) (\bar{X} IR población clínica = 1.7116; ds = .58802 vs. \bar{X} IR población no clínica = 2.3080; ds = .89700)

² La Prueba T para dos muestras independientes permite contrastar hipótesis referidas a la diferencia entre dos medias independientes. La situación típica que permite resolver esta prueba es la relativa a la comparación de dos grupos distintos de sujetos.

Tabla 2.1. Diferencias en escalas y subescalas entre ambas poblaciones

Escalas y Subescalas del ILOP	t	df	Sig.(2-tailed)
Motivación (MO)	-.755	181	.451
Soluciones del Entorno (SE)	-1.222	148.213	.223
Soluciones Inapropiadas (SI)	6.468	148.974	.000
Malestar Autoevaluado (MA)	6.668	181	.000
Malestar Atribuido al Medio (MM)	2.829	181	.005
Recursos Positivos (RP)	-1.487	181	.139
Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP)	5.790	181	.000
Índice de Resultado (IR)	-5.386	181	.000

Tabla 2.2. Descriptivos correspondientes a la PC y PNC

Group Statistics					
	Muestras clínica y control	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Motivación sin 11 Directa	muestra clínica	82	21.01	3.700	.409
	grupo control	101	21.44	3.833	.381
soluciones del entorno a la resolución del problema directo	muestra clínica	82	11.71	3.184	.352
	grupo control	101	12.23	2.416	.240
Soluciones inapropiadas con o sin asunción de	muestra clínica	82	9.18	3.076	.340
	grupo control	101	6.51	2.352	.234
Malestar autoevaluado directo	muestra clínica	82	12.70	2.747	.303
	grupo control	101	9.72	3.188	.317
Malestar atribuido al medio directo	muestra clínica	82	7.62	2.765	.305
	grupo control	101	6.53	2.431	.242
Recursos positivos sin 11	muestra clínica	82	32.72	5.145	.568
	grupo control	101	33.81	4.768	.474
Soluciones mantenedoras del	muestra clínica	82	20.32	4.357	.481
	grupo control	101	16.28	4.950	.493
Indicador de resultado	muestra clínica	82	1.7116	.58802	.06494
	grupo control	100	2.3080	.89700	.08970

Resultados del Objetivo 3.

Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas según género.

3.a.) Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas por género tanto en la población clínica (PC) como en la población no clínica (PNC).

Para verificar si existen diferencias estadísticamente significativas, según el género, se realiza una Prueba T de Student.

3.a.1) Población Clínica

En la PC (23,2% hombres, 76,8% mujeres) existen diferencias significativas únicamente en la subescala Soluciones del Entorno a la Resolución del Problema (SE) a favor de los hombres (t SE = 2.508; df = 80; p = .014) (\bar{X} SE hombres = 13.26; ds = 2.922; vs \bar{X} SE mujeres = 11.24; ds = 3.130).

Tabla 3.a.1.1. Resultados Prueba t Student correspondientes a PC

Diferencias según género	t	df	Sig.(2-tailed)
Muestra Clínica			
Motivación (MO)	-.087	80	.931
Soluciones del Entorno (SE)	2.508	80	.014
Soluciones Inapropiadas (SI)	-.464	80	.644
Malestar Autoevaluado (MA)	-.972	80	.334
Malestar Atribuido al Medio (MM)	.868	80	.388
Recursos Positivos (RP)	1.451	80	.151
Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP)	-.061	80	.951
Índice de Resultado (IR)	1.069	80	.288

Tabla 3.a.1.2. Descriptivos correspondientes a PC.

Muestra Clínica	Género	N	Mean	Sts
				Deviation
Motivación (MO)	Masculino	19	20,95	4,403
	Femenino	63	21,03	3,501
Soluciones del Entorno (SE)	Masculino	19	13,26	2,922
	Femenino	63	11,24	3,130
Soluciones Inapropiadas(SI)	Masculino	19	8,89	3,635
	Femenino	63	9,27	2,914
Malestar Autoevaluado(MA)	Masculino	19	12,16	2,455
	Femenino	63	12,86	2,828
Malestar Atribuido al Medio(MM)	Masculino	19	8,11	3,398
	Femenino	63	7,48	2,558
Recursos Positivos (RP)	Masculino	19	34,21	5,884
	Femenino	63	32,27	4,863
Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP)	Masculino	19	20,26	4,677
	Femenino	63	20,33	4,296
Índice de Resultados (IR)	Masculino	19	1,8379	.75774
	Femenino	63	1,6735	.5279

3.a.2) Población No Clínica

En la PNC (22,8% hombres, 77,2% mujeres) se verifica la existencia de diferencias significativas según género a favor de las mujeres en las subescalas Malestar Autoevaluado (MA), Malestar Atribuido al Medio (MM), Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP), y en el Índice de Resultados (IR), a favor de los hombres ($t_{MA} = -2.654$; $df = 99$; $p = .009$) (\bar{X}_{MA} hombres = 8,22; $ds = 3.357$ vs. \bar{X}_{MA} mujeres = 10.17; $ds = 3.017$); ($t_{MM} = -2.218$; $df = 99$, $p = .029$) (\bar{X}_{MM} hombres = 5.57; $ds = 2.332$ vs. \bar{X}_{MM} mujeres = 6.82; $ds = 2.400$); ($t_{SMP} = -2.846$; $df = 99$; $p = .005$) (\bar{X}_{SMP} hombres = 13.78; $ds = 5.187$ vs \bar{X}_{SMP} mujeres = 17.01 $ds = 4.661$); ($t_{IR} = 3.113$; $df = 98$; $p = .002$) (\bar{X}_{IR} hombres = 2.7978, $ds = 1.04797$ vs. \bar{X}_{IR} mujeres = 2.1617, $ds = .79743$).

Tabla 3.a.2.1. Resultados Prueba t de Student PNC

Muestra Control	t	df	Sig. (2-tailed)
Motivación (MO)	1.43	99	.156
Soluciones del Entorno (SE)	-.219	99	.827
Soluciones Inapropiadas (SI)	-1.3001	99	.197
Malestar Atribuido al Medio (MM)	-2.654	99	.009
Malestar Atribuido al Medio (MM)	-2.218	99	.029
Recursos Positivos (RP)	1.416	29.33	.167
Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP)	-2.846	99	.005
Índice de Resultado (IR)	3.113	98	.002

Tabla 3.a.2.2. Descriptivos correspondientes a la PNC

Muestra Control	Género	N	Mean	Sts Desviation
Motivación (MO)	Masculino	23	22,43	4,241
	Femenino	78	21,14	3,681
Soluciones del Entorno (SE)	Masculino	23	12,13	2,752
	Femenino	78	12,26	2,327
Soluciones Inapropiadas(SI)	Masculino	23	5,96	2,184
	Femenino	78	6,68	2,388
Malestar Autoevaluado(MA)	Masculino	23	8,22	3,357
	Femenino	78	10,17	3,017
Malestar Atribuido al Medio(MM)	Masculino	23	5,57	2,332
	Femenino	78	6,82	2,400
Recursos Positivos (RP)	Masculino	23	35,26	5,902
	Femenino	78	33,38	4,331
Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP)	Masculino	23	13,78	5,187
	Femenino	78	17,01	4,661
Índice de Resultados (IR)	Masculino	23	2,7978	1,04797
	Femenino	78	2,1617	1

3.b) Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la población clínica (PC) y no clínica (PNC) según género.

3.b.1.) En varones

Para determinar si existen diferencias significativas según género se realiza la Prueba T de Student para PC Y PNC en varones.

En varones (PC n = 19, PNC n = 23) se observa existen diferencias significativas a favor de la PC en la subescala Soluciones Inapropiadas (SI); Malestar Autoevaluado (MA); Malestar Atribuido al Medio (MM), Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) y en el Índice de Resultados (IR); a favor de los hombres de la población no clínica (PNC) ($t_{SI} = 3.092$; $df = 28.282$; $p = .004$) ($\bar{X}_{SI} PC = 8.89$; $ds = 3.635$ vs. $\bar{X}_{SI} PNC = 5.96$; $ds = 2.184$); ($t_{MA} = 45.258$; $ds = 40$; $p = .000$) ($\bar{X}_{MA} PC = 12.16$, $ds = 2.455$ vs. $\bar{X}_{MA} PNC = 8.22$; $ds = 2.184$); ($t_{MM} = 2.864$; $df = 40$; $p = .007$) ($\bar{X}_{MM} PC = 8.11$ $ds = 3.398$ vs. $\bar{X}_{MM} PNC = 5.57$, $ds = 2.332$) ($t_{SMP} = 4.221$; $df = 40$; $p = .000$) ($\bar{X}_{SMP} PC = 20.26$ $ds = 4.677$ vs. $\bar{X}_{SMP} PNC = 13.78$, $ds = 5.187$); ($t_{IR} = -3.334$, $df = 40$, $p = .002$) ($\bar{X}_{IR} PC = 1.8379$ $ds = .75779$ vs. $\bar{X}_{IR} PNC = 2.7978$, $ds = 1.04797$).

Tabla 3.b.1.1 Resultados Prueba t Student entre poblaciones según el género masculino

Diferencias entre PC y PNC hombres	t	df	Sig.(2-tailed)
Motivación (MO)	-1.112	40	.273
Soluciones del Entorno (SE)	1.2918	40	.204
Soluciones Inapropiadas (SI)	3.092	2.2882	.004
Malestar Autoevaluado (MA)	4.258	40	.000
Malestar Atribuido al Medio (MM)	2.864	40	.007
Recursos Positivos (RP)	-.575	40	.569
Soluciones Manten.del Problema (SMP)	4.211	40	.000
Índice de Resultado (IR)	-3.334	40	.002

Tabla 3.b. 1.2 Descriptivos entre poblaciones correspondientes al género masculino.

Group Statistics					
Muestras clínica y control		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Motivación sin 11 Directa	muestra clínica	19	20.95	4.403	1.010
	grupo control	23	22.43	4.241	.884
soluciones del entorno a la resolución del problema directo	muestra clínica	19	13.26	2.922	.670
	grupo control	23	12.13	2.752	.574
Soluciones inapropiadas con o sin asunción de	muestra clínica	19	8.89	3.635	.834
	grupo control	23	5.96	2.184	.455
Malestar autoevaluado directo	muestra clínica	19	12.16	2.455	.563
	grupo control	23	8.22	3.357	.700
Malestar atribuido al medio directo	muestra clínica	19	8.11	3.398	.779
	grupo control	23	5.57	2.332	.486
Recursos positivos sin 11	muestra clínica	19	34.21	5.884	1.350
	grupo control	23	35.26	5.902	1.231
Soluciones mantenedoras del	muestra clínica	19	20.26	4.677	1.073
	grupo control	23	13.78	5.187	1.082
Indicador de resultado	muestra clínica	19	1.8379	.75774	.17384
	grupo control	23	2.7978	1.04797	.21852

3.b.2) En mujeres

En mujeres (PC n = 63, PNC n = 78) se verifican diferencias significativas a favor de la PC en las subescalas Soluciones Inapropiadas (SI); Malestar Autoevaluado (MA); y Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) y a favor de la PNC en las subescala Soluciones de Entorno a la Resolución del Problema (SE) y el Índice de Resultados (IR) Y (t SE = -2.147, df = 111.768, p = .034) (\bar{X} SE PC =11.24 ds = 3.130 vs. \bar{X} SE PNC =12.26 , ds = 2.327); (t IR = -4.335, df =132.590, p = .000) (\bar{X} IR PC =1.6735 ds = .52790 vs. \bar{X} IR PNC =2.1617 , ds = .79743); (t SI = 5.803, df = 139, p = .000) (\bar{X} SI PC =9.27 ds = 2.914 vs. \bar{X} SI PNC = 6.68 , ds = 2.388); (t MA = 5.414, df = 139, p = .000) (\bar{X} MA PC =12.86 ds = 2.828 vs. \bar{X} MA PNC = 10.17 , ds = 3.017); (t SMP = 4.354; df = 139; p = .000) (\bar{X} SMP PC = 20.33 ds = 4.296 vs. \bar{X} SMP PNC = 17.01, ds = 4.661).

Tabla 3.b.2.1 Resultados Prueba t Student entre poblaciones según género femenino

Diferencias entre PC y PNC mujeres	t	df	Sig.(2-tailed)
Motivación (MO)	-.179	139	.858
Soluciones del Entorno (SE)	-2.147	111.768	.034
Soluciones Inapropiadas (SI)	5.803	139	.000
Malestar Atribuido al Medio (MM)	5.414	139	.000
Malestar Atribuido al Medio (MM)	1.566	139	.120
Recursos Positivos (RP)	1.438	139	.153
Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP)	4.354	139	.000
Índice de Resultado (IR)	-4.167	138	.000

Tabla 3.b.2.2 Descriptivos entre poblaciones correspondientes al género femenino.

Group Statistics					
	Muestras clínica y control	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Motivación sin 11 Directa	muestra clínica	63	21.03	3.501	.441
	grupo control	78	21.14	3.681	.417
soluciones del entorno a la resolución del problema directo	muestra clínica	63	11.24	3.130	.394
	grupo control	78	12.26	2.327	.263
Soluciones inapropiadas con o sin asunción de	muestra clínica	63	9.27	2.914	.367
	grupo control	78	6.68	2.388	.270
Malestar autoevaluado directo	muestra clínica	63	12.86	2.828	.356
	grupo control	78	10.17	3.017	.342
Malestar atribuido al medio directo	muestra clínica	63	7.48	2.558	.322
	grupo control	78	6.82	2.400	.272
Recursos positivos sin 11	muestra clínica	63	32.27	4.863	.613
	grupo control	78	33.38	4.331	.490
Soluciones mantenedoras del	muestra clínica	63	20.33	4.296	.541
	grupo control	78	17.01	4.661	.528
Indicador de resultado	muestra clínica	63	1.6735	.52790	.06651
	grupo control	77	2.1617	.79743	.09088

Resultados del Objetivo 4.

Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas según edad.

4.a) Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas según la edad tanto en la población clínica (PC) como en la población no clínica (PNC).

4.a.1.) En la población clínica

En la Población Clínica (PC) no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, tanto en las bandas etáreas que van de los 19 a 29 y de los 30 a 40 años.

Tabla 4.a.1.1. Resultados de la Prueba t de Student PC

Muestra Clínica	t	df	Sig.(2-tailed)
Motivación (MO)	-1.278	54	.207
Soluciones del Entorno (SE)	.038	54	.970
Soluciones Inapropiadas(SI)	.127	54	.899
Malestar Autoevaluado(MA)	-.821	54	.415
Malestar Atribuido al Medio(MM)	-.691	54	.493
Recursos Positivos (RP)	-.978	54	.333
Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP)	-.939	54	.352
Índice de Resultados (IR)	-.150	54	.881

Tabla 4.a.1.2. Descriptivos Correspondientes a la PC (19 a 29 vs. 30 a 40)

Población Clínica	Banda Etarea	N	Mean	Sdt. Desviation
Motivación (MO)	19 a 29	26	19.96	3.388
	30 a 40	30	21.27	4.143
Soluciones del Entorno (SE)	19 a 29	26	11.46	2.652
	30 a 40	30	11.43	2.932
Soluciones Inapropiadas (SI)	19 a 29	26	9.58	3.126
	30 a 40	30	9.47	3.319
Malestar Autoevaluado (MA)	19 a 29	26	12.58	2.485
	30 a 40	30	13.2	3.101
Malestar Atribuido al Medio (MM)	19 a 29	26	7.50	2.387
	30 a 40	30	7.97	2.632

Recursos Positivos (RP)	19 a 29	26	31.42	4.666
	30 a 40	30	32.70	5.046
Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP)	19 a 29	26	20.08	3.815
	30 a 40	30	21.17	4.728
Índice de Resultados (IR)	19 a 29	26	1.6352	.50254
	30 a 40	30	1.658	.61927

4.a.2.) En la población no clínica

En la PNC se encontraron diferencias significativas a favor de la banda atarea 19 a 29 en las subescalas Soluciones Inapropiadas (SI), Malestar Autoevaluado (MA), Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP), y diferencias significativas a favor de las edades que van de los 30 a los 40 en las escalas Motivación (MO), Recursos Positivos (RP), y el Índice de Resultados (IR) ($t_{SI} = 2.575$; $df = 71$, $p = .012$) ($\bar{X}_{19 A 29 PNC} = 6.87$, $ds = 2.377$; vs. $\bar{X}_{30 a 40 PNC} = 5.00$, $ds = 1.809$); ($t_{MA} = 2.965$, $df = 71$, $p = .004$) ($\bar{X}_{19a 29 PNC} = 10.57$, $ds = 2.958$; vs. $\bar{X}_{30 a 40 PNC} = 7.92$, $ds = 2.065$); ($t_{SMP} = 3.467$, $df = 21.491$, $p = .002$) ($\bar{X}_{19 a 29 PNC} = 17.49$, $ds = 4.585$; vs. $\bar{X}_{30 a 40 PNC} = 13.75$, $ds = 3.137$); ($t_{MO} = -2.649$; $df = 71$, $p = .010$) ($\bar{X}_{19 a 29 PNC} = 20.39$, $ds = 3.388$; vs. $\bar{X}_{30 a 40 PNC} = 23.17$, $ds = 2.887$) ($t_{RP} = 3.467$; $df = 71$, $p = .001$) ($\bar{X}_{19 a 29 PNC} = 32.56$, $ds = 3.784$; vs. $\bar{X}_{30 a 40 PNC} = 36.75$, $ds = 3.596$) ($t_{IR} = -3.624$; $df = 71$, $p = .001$) ($\bar{X}_{19 a 29 PNC} = 2.0382$, $ds = .75499$; vs. $\bar{X}_{30 A 40 PNC} = 2.9136$, $ds = .62105$).

Tabla 4.a.2.1 Resultados de la Prueba t de Student PNC

Población No Clínica	t	df	Sig. (2-tailed)
Motivación (MO)	-2.649	71	.010
Soluciones del Entorno (SE)	-830	71	.410
Soluciones Inapropiadas(SI)	2.575	71	.012
Malestar Autoevaluado(MA)	2.965	71	.004
Malestar Atribuido al Medio(MM)	1.43	71	.157
Recursos Positivos (RP)	-3.535	71	.001
Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP)	3.467	21.491	.002
Índice de Resultados (IR)	-3.624	71	.001

Tabla 4.a.2.2 Descriptivos Correspondientes a la PNC (19 a 29 vs. 30 a 40)

Población No Clínica	Banda Etárea	N	Mean	Sdt. Desviation
Motivación (MO)	19 a 29	61	20.39	3.388
	30 a 40	12	23.17	2.887
Soluciones del Entorno (SE)	19 a 29	61	12.10	2.181
	30 a 40	12	12.67	2.103
Soluciones Inapropiadas (SI)	19 a 29	61	6.87	2.377
	30 a 40	12	5.00	1.809
Malestar Autoevaluado (MA)	19 a 29	61	10.57	2.958
	30 a 40	12	7.92	2.065
Malestar Atribuido al Medio (MM)	19 a 29	61	6.90	2.364
	30 a 40	12	5.83	2.368
Recursos Positivos (RP)	19 a 29	61	32.56	3.784
	30 a 40	12	36.75	3.596
Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP)	19 a 29	61	17.49	4.585
	30 a 40	12	13.73	3.137
Índice de Resultados (IR)	19 a 29	61	2.0382	.75499
	30 a 40	12	2.9136	.62105

4.b) Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la población clínica (PC) y no clínica (PNC) según edad.

4.b.1) Población 19 a 29 años

En la banda etárea que representa las edades que van de los 19 a 29 se obtuvo diferencias significativas a favor de la PC en las escalas Soluciones Inapropiadas (SI), Malestar Autoevaluado (MA), Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) y a favor de la PNC en el Índice de Resultados (IR), ($t_{SI} = 4.414$; $df = 85$, $p = .000$) ($\bar{X}_{SI\ PC} = 19.96$, $ds = 3.388$; vs. $\bar{X}_{SI\ PNC} = 20.39$, $ds = 3.388$); ($t_{MA} = 3.025$, $df = 85$, $p = .003$) ($\bar{X}_{MA\ PC} = 12.58$, $ds = 2.485$; vs. $\bar{X}_{MA\ PNC} = 10.57$, $ds = 2.958$); ($t_{SMP} = 2.524$, $df = 85$, $p = .013$) ($\bar{X}_{SMP\ PC} = 20.08$, $ds = 3.815$; vs. $\bar{X}_{SMP\ PNC} = 17.49$, $ds = 4.585$); ($t_{IR} = -2.919$; $df = 69.455$, $p = .005$) ($\bar{X}_{IR\ PC} = 1.6352$, $ds = .50254$; vs. $\bar{X}_{IR\ PNC} = 2.0382$, $ds = .7599$)

Tabla 4.b.1.1 Resultados de la Prueba t de Student entre poblaciones (19 – 29 años)

Banda Etárea 19 a 29	t	df	Sig. (2-tailed)
Motivación (MO)	-.544	85	.588
Soluciones del Entorno (SE)	-1.169	85	.246
Soluciones Inapropiadas (SI)	4.414	85	.000
Malestar Autoevaluado (MA)	3.025	85	.003
Malestar Atribuido al Medio (MM)	1.077	85	.284
Recursos Positivos (RP)	-1.192	85	.237
Soluciones Mantenedoras del Problema(SMP)	2.254	85	.013
Indice de Resultados (IR)	-2.919	69.455	.005

Tabla 4.b.1.2 Descriptivos entre poblaciones según (19-29 años)

Group Statistics					
	Muestras clínica y control	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Motivación sin 11 Directa	muestra clínica	26	19.96	3.388	.664
	grupo control	61	20.39	3.388	.434
soluciones del entorno a la resolución del problema directo	muestra clínica	26	11.46	2.642	.518
	grupo control	61	12.10	2.181	.279
Soluciones inapropiadas con o sin asunción de	muestra clínica	26	9.58	3.126	.613
	grupo control	61	6.87	2.377	.304
Malestar autoevaluado directo	muestra clínica	26	12.58	2.485	.487
	grupo control	61	10.57	2.958	.379
Malestar atribuido al medio directo	muestra clínica	26	7.50	2.387	.468
	grupo control	61	6.90	2.364	.303
Recursos positivos sin 11	muestra clínica	26	31.42	4.666	.915
	grupo control	61	32.56	3.784	.484
Soluciones mantenedoras del	muestra clínica	26	20.08	3.815	.748
	grupo control	61	17.49	4.585	.587
Indicador de resultado	muestra clínica	26	1.6352	.50254	.09856
	grupo control	61	2.0382	.75499	.09667

4.b.2.1.) Población 30 a 40 años

En la banda etárea que representa las edades que van de los 30 a 40 años se obtuvo diferencias significativas a favor de la PC en las escalas Soluciones Inapropiadas (SI), Malestar Autoevaluado (MA), Malestar Atribuido al Medio (MM), Soluciones Mantenedoras del Problema (SMP) y a favor de la PNC en Recursos Positivos y el Índice de Resultados (IR) ($t_{SI} = 4.387$; $df = 40$, $p = .000$) ($\bar{X}_{SI} > \bar{X}_{PC} =$

9.47, ds = 3.319; vs. \bar{X} SI PNC = 5.00, ds = 1.809); (t MA = 5.421, df = 40, p = .000) (\bar{X} MA PC = 13.20, ds = 3.101; vs. \bar{X} MA PNC = 7.92, ds = 2.065); (t MM = 2.437, df = 40, p = .019) (\bar{X} MM PC = 7.97, ds = 2.632; vs. \bar{X} MM PNC = 5.83, ds = 2.368); (t SMP = 4.993, df = 40, p = .000) (\bar{X} SMP PC = 21.17, ds = 4.728; vs. \bar{X} SMP PNC = 13.75, ds = 3.137); (t RP = -2.527, df = 40, p = .016) (\bar{X} RP PC = 32.70, ds = 5.046; vs. \bar{X} RP PNC = 36.75, ds = 3.596); (t IR = -5.748; df = 39, p = .000) (\bar{X} IR PC = 1.6580, ds = .61927; vs. \bar{X} IR PNC = 2.9136, ds = .62105)

Tabla 4.b.2.1.1 Resultados Prueba t de Student entre poblaciones (30 a 40 años)

Banda Etárea 30 a 40	t	df	Sig (2-tailed)
Motivación (MO)	-1.449	40	.155
Soluciones del Entorno (SE)	-1.323	40	.193
Soluciones Inapropiadas (SI)	.077	40	.000
Malestar Autoevaluado (MA)	.055	40	.000
Malestar Atribuido al Medio (MM)	.480	40	.019
Recursos Positivos (RP)	.410	40	.016
Soluciones Mantenedoras del Problema(SMP)	.182	40	.000
Indice de Resultados (IR)	.988	40	.000

Tabla 4.b.1.2 Descriptivos entre poblaciones (30 a 40)

Group Statistics					
	Muestras clínica y control	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Motivación sin 11 Directa	muestra clínica	30	21.27	4.143	.756
	grupo control	12	23.17	2.887	.833
soluciones del entorno a la resolución del problema directo	muestra clínica	30	11.43	2.932	.535
	grupo control	12	12.67	2.103	.607
Soluciones inapropiadas con o sin asunción de	muestra clínica	30	9.47	3.319	.606
	grupo control	12	5.00	1.809	.522
Malestar autoevaluado directo	muestra clínica	30	13.20	3.101	.566
	grupo control	12	7.92	2.065	.596
Malestar atribuido al medio directo	muestra clínica	30	7.97	2.632	.481
	grupo control	12	5.83	2.368	.683
Recursos positivos sin 11	muestra clínica	30	32.70	5.046	.921
	grupo control	12	36.75	3.596	1.038
Soluciones mantenedoras del	muestra clínica	30	21.17	4.728	.863
	grupo control	12	13.75	3.137	.906
Indicador de resultado	muestra clínica	30	1.6580	.61927	.11306
	grupo control	11	2.9136	.62105	.18725

Cuarta Parte

Conclusiones.

Conclusiones del Objetivo 1.

Determinar si existen asociaciones estadísticamente significativas en el ILOP, en y entre la población clínica y la no clínica.

La población clínica (PC), en la escala recursos positivos (RP), presenta una relación directa entre las subescalas motivación (MO), soluciones del entorno (SE), y el índice de resultados (IR). Es esperable que correlacionen porque dichas subescalas están incluidas en el índice de resultados (IR).

Clínicamente nos indica que, cuando los sujetos comienzan a percibir los beneficios de las nuevas soluciones que va probando a partir del trabajo psicoterapéutico, y puede ir capitalizando e identificando adecuadamente las soluciones que el entorno le brinda, se comienza a identificar el sentido de agente (RP).

En la población no clínica (PNC), además de presentar esta misma asociación directa, se correlaciona indirectamente con las subescalas soluciones inapropiadas (SI), malestar autoevaluado (MA), malestar atribuido al medio (MM), y con la escala soluciones mantenedoras del problema (SMP).

El que recursos positivos (RP) y soluciones mantenedoras del problema (SMP) se relacionen inversamente se debe a que la población no clínica (PNC) es más funcional.

Es de esperar que si los sujetos tienen una autovaloración positiva de su capacidad de afrontamiento (RP), el malestar baje y se reduzcan las soluciones inapropiadas. Tal relación es inversa debido al procedimiento que se decidió utilizar, a más recursos positivos (RP) menos soluciones mantenedoras del problema (SMP).

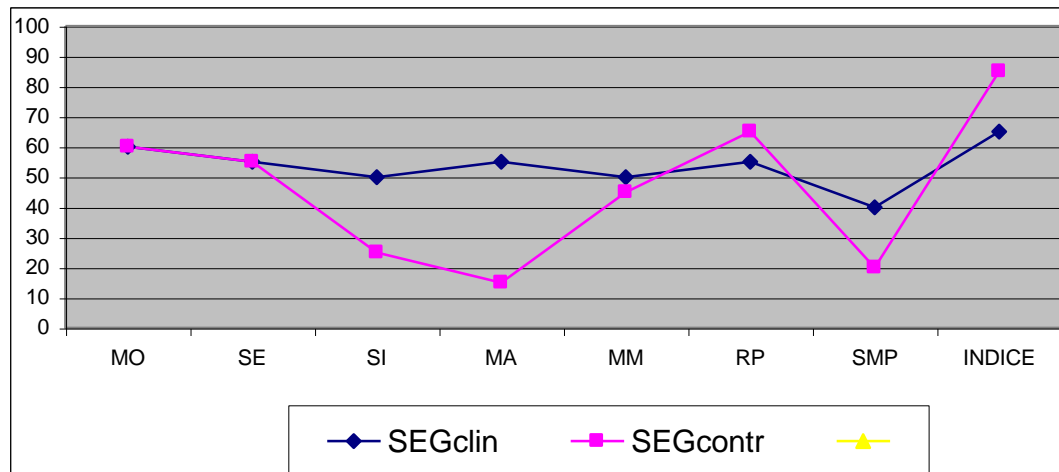
En la escala soluciones mantenedoras del problema (SMP), la población clínica (PC) presenta una relación directa y significativa con malestar autoevaluado (MA) y malestar atribuido al medio (MM). Y una relación inversa y significativa entre motivación (MO) y el índice de resultados (IR).

Lo dicho hasta este momento es descripción de resultados ya obtenidos por la autora del ILOP Regina Szprachman. Resultados que describen el funcionamiento interno del ILOP.

Visibilizando la curva de la población clínica (PC) y de la población no clínica (PNC), esta última se distingue por ser más funcional. En este sentido la población no clínica (PNC), contribuye a pensar que a mayor funcionalidad clínica, el ILOP aumenta las correlaciones entre las escalas y subescalas.

La población no clínica (PNC) además de presentar estas mismas asociaciones directas e inversas, la escala soluciones mantenedoras del problema (SMP) presenta, una relación directa con soluciones inapropiadas (SI), y una relación inversa con recursos positivos (RP).

Tabla 1. Visualización de la población clínica y no clínica a través del ILOP.



Conclusiones del Objetivo 2:

Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la población clínica (PC) y la población no clínica (PNC), en el ILOP.

Los resultados obtenidos muestran que la población clínica está mucho más comprometida en soluciones mantenedoras de sus problemas (SMP).

Parece razonable que no estén en tratamiento (PNC) quienes tienen soluciones significativamente más funcionales.

En la muestra clínica (PC) las soluciones inapropiadas (SI) de los sujetos revelarían que no pueden dar cuenta de lo inapropiado de sus pensamientos, emociones y conductas.

Por tal motivo no pueden asumir responsabilidad sobre las mismas e intentar hacerlas más apropiadas sin ayuda. Congruentemente el malestar autoevaluado (MA) tendría que ser alto como también el malestar atribuido al medio (MM). La imposibilidad de ser agencia los lleva a sentirse víctimas y a realizar atribuciones externas a la hora de buscar responsables.

La significatividad de la diferencia en el índice de resultados (IR) es también esperable, dado que soluciones mantenedoras del problema (SMP) es resultante de la suma de las subescalas que lo integran y el IR es resultado del cociente de recursos positivos (RP) y soluciones mantenedoras del problema (SMP).

El que no haya diferencias significativas en recursos positivos (RP) podría hablarnos de que la muestra clínica (PC) está en proceso de tratamiento e intenta soluciones más adecuadas que al inicio en sus reiterados intentos, pero aún no ha desarrollado suficientes para diferenciarse.

Los recursos positivos (RP) de la población clínica (PC) se acercarían más a las funcionales del grupo control (PNC). En este sentido inferimos que el grupo control (PNC) no se ve afectado por sus medianos valores en recursos positivos (RP) semejantes a la población clínica (PC) ya que las soluciones mantenedoras del problema (SMP) de (PNC) le informan que las cosas van bien.

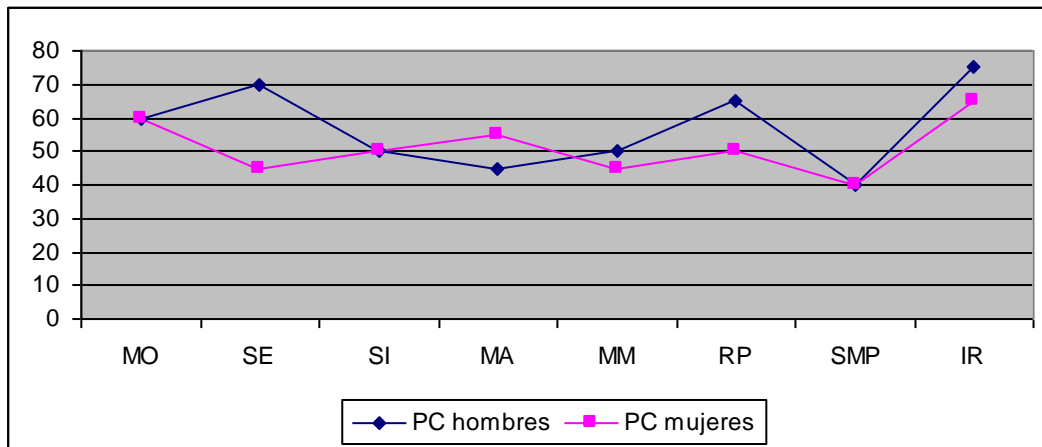
Conclusiones del Objetivo 3:

En la **población clínica** (seguimiento), a excepción de soluciones del entorno (SE) hombres y mujeres se igualan en el grado de sufrimiento percibido.

Los hombres desarrollan significativamente ($p = .014$) mayores soluciones del entorno (SE) que las mujeres. Esto nos hablaría de la mayor capacidad del sexo masculino de lograr obtener ayuda de quiénes, dónde y cuándo lo necesite.

Las mujeres, que son las que más consultan, tienen más dificultades en obtenerla.

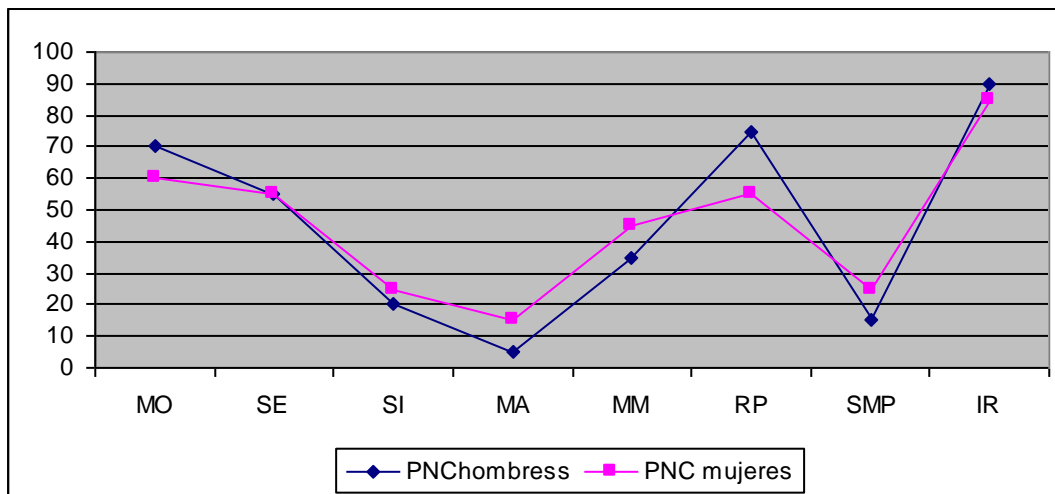
Tabla 3.a.1 Curva percentilada correspondiente al género femenino y masculino de la PC



En la **población no clínica** (PNC), se diferencian significativamente más ambos géneros. Las mujeres muestran mayor susceptibilidad en el malestar autoevaluado (MA) y mayor autopercepción de lo perjudicial del entorno (MM).

Los hombres alcanzan un mejor resultado final (IR) por ser presentar menor grado de malestares autopercebido.

Tabla 3.a.2 Curva percentilada correspondiente al género femenino y masculino de la PNC.

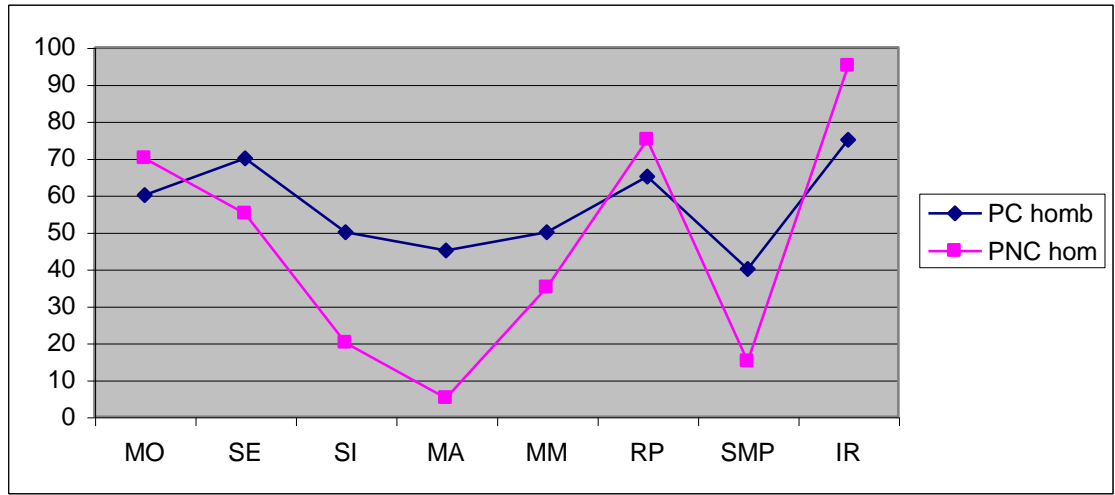


Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la población clínica (PC) y no clínica (PNC) según género.

Los **varones de la población clínica (PC)** tienen mayores malestares a los que aplican inadecuadas soluciones lo que hace que se mantengan sus malestares. Los **varones de la población no clínica (PNC)** reducen su sufrimiento por poder interrumpir las soluciones mantenedoras del problema (SMP) con sus mayores recursos positivos (RP), lo que los lleva a mejores resultados IR.

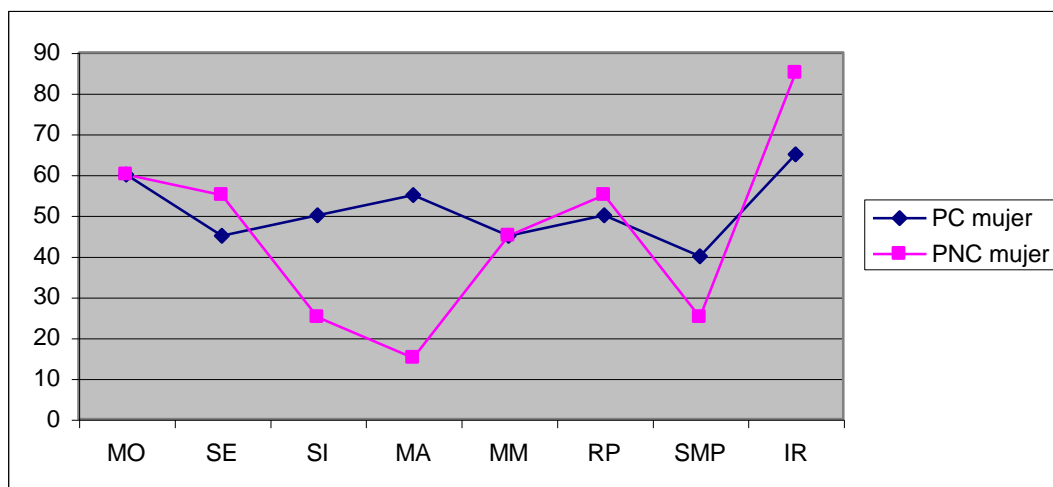
Las siguientes curvas dan feedback de las conclusiones de las diferencias en varones, entre la población clínica (PC) y no clínica (PNC), que arrojan los estadísticos aplicados.

Tabla 3.b.1 Curva percentilada correspondiente al género masculino de la PC y PNC



Las **mujeres de la población clínica (PC)** se diferencian por tener mayor malestar autopercebido al punto tal de no poder evaluar apropiadamente el malestar que atribuye al afuera (MM) como tampoco generar y valorar las ayudas provenientes del entorno (SE). La experiencia clínica con el ILOP nos enseña que la mejoría en la valoración y aceptación de las ayudas del entorno contribuyen a producir la diferencia necesaria para el aumento de recursos positivos (RP) que lleva a mejores resultados en la autoevaluación.

Tabla 3.b.2. Curva percentilada correspondiente al género femenino de la PC y PNC.

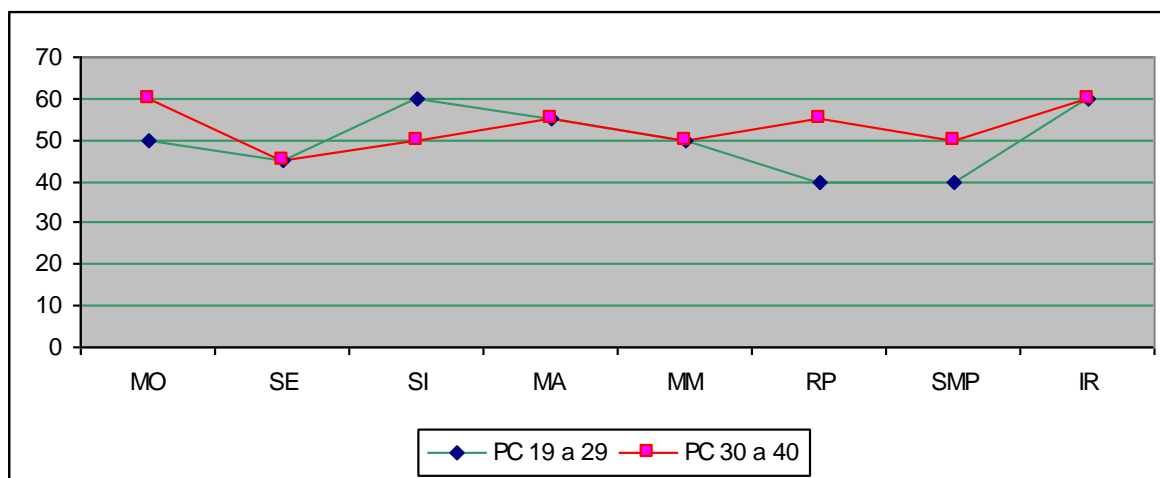


Conclusiones del Objetivo 4:

Conclusiones de las diferencias según la edad (19 a 29 vs. 30 a 40) tanto en la población clínica (PC) como en la población no clínica (PNC).

En la **población clínica (PC)** (etapa de seguimiento) no se verificaron diferencias significativas según la edad. Esto nos sugiere que la población clínica tendría autopercepción del malestar disfuncional así como una autovaloración de ineficacia de las soluciones aplicadas (SI). Sería razonable, entonces, que se encuentren en tratamiento todavía. A los efectos de dar feedback del estado de la población clínica, según banda etárea, presentamos a continuación la curva en la hoja de perfil del ILOP correspondiente a la población clínica.

Tabla 4.a.1 Curva percentilada correspondiente a PC (19 a 29 vs. 30 a 40)



En la **población no clínica (PNC)**, a diferencia de la población clínica, sí se encontraron diferencias significativas según edad.

Así la banda etárea, que va de los 19 a 29 años, presentan diferencias en las subescalas soluciones inapropiadas (SI), malestar autoevaluado (MA) y en la escala soluciones antenedoras del problema (SMP).

Es decir que, estos sujetos, tienen menos capacidades o habilidades para desarrollar soluciones que les genere un beneficio para enfrentar dificultades,

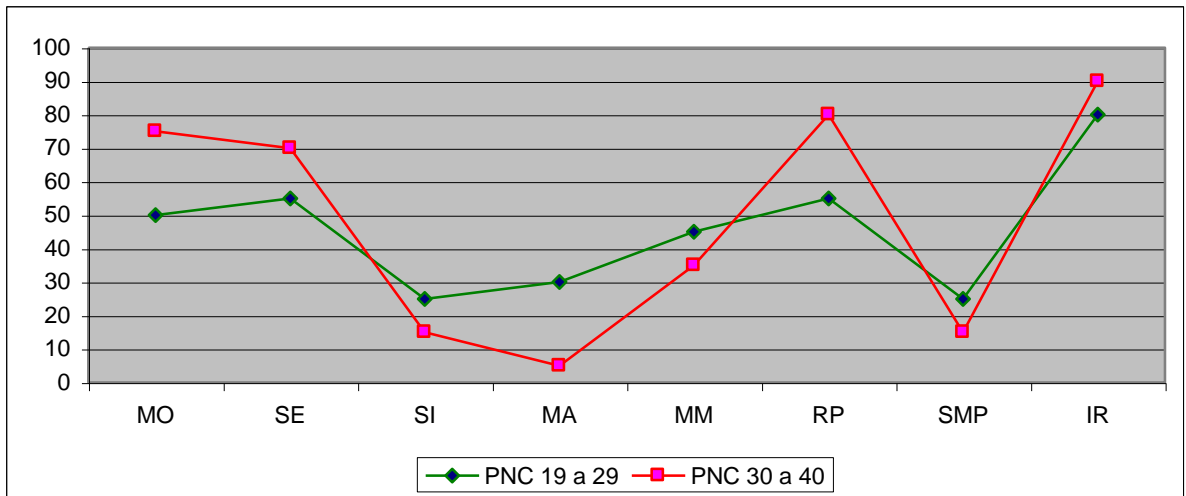
disminuir el malestar, y de esta manera intentar cortar el circuito que sostiene el problema.

Contrariamente, quienes tienen entre 30 y 40 años, presentan una diferencia significativa, en motivación (MO) y recursos positivos (RP). Lo que sugiere una mayor motivación o autovaloración positiva de las soluciones que aplican, y de las herramientas que utilizan, que los sujetos que entran dentro de la banda de los 19 a 29.

Con estos resultados se puede afirmar que en la población no clínica (PNC) a mayor edad mayores son los recursos positivos desarrollados. Esta sería la razón de la falta de consulta.

En la siguiente tabla volcamos la curva de la población no clínica.

Tabla 4.a.2. Curva percentilada correspondiente a la PNC (19 a 29 vs 30 a 40)



Conclusiones de las diferencias entre la población clínica (PC) y no clínica (PNC) (19 a 29).

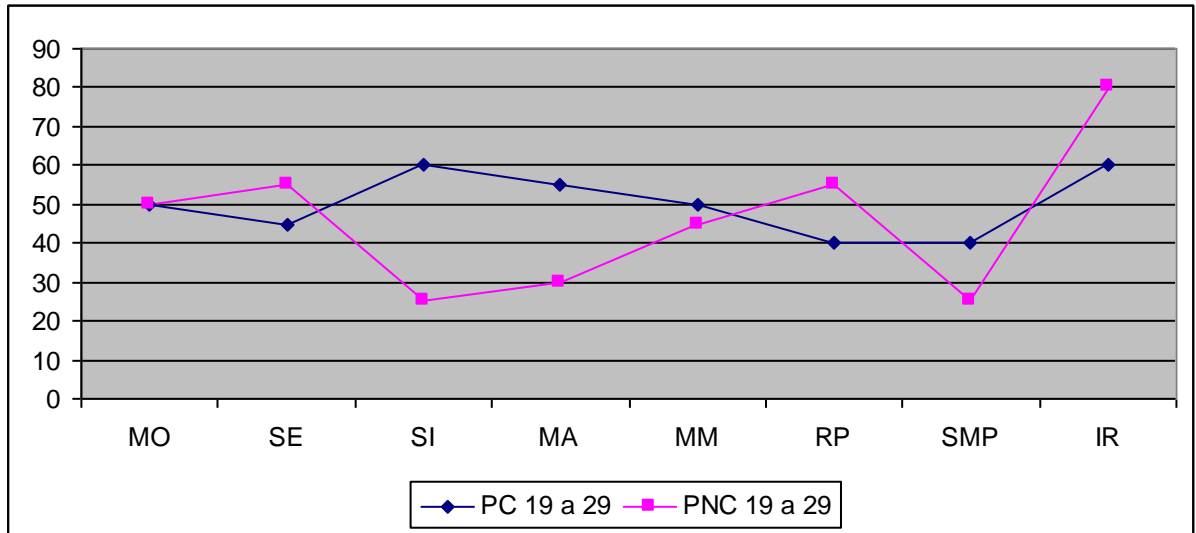
Comparando las poblaciones clínica (PC) y no clínica (PNC) a la banda etarea de 19 a 29 concluimos, que los sujetos de la población clínica autoperceben que las soluciones inapropiadas le traen un elevado malestar contribuyendo al mantenimiento del problema que los trae a la consulta.

Es simple deducir entonces que su alta insatisfacción evaluada con el ILOP marque un bajo Índice de Resultados (IR).

Dicho índice se encuentra esperablemente elevado en la población no clínica (PNC) que presenta un ostensible nivel de satisfacción.

Acompañamos estas conclusiones con las curvas de estas poblaciones evaluadas donde recibimos feedback de las diferencias.

Tabla 4.b.1 Curva percentilada correspondiente a la PC y PNC (19 A 29)

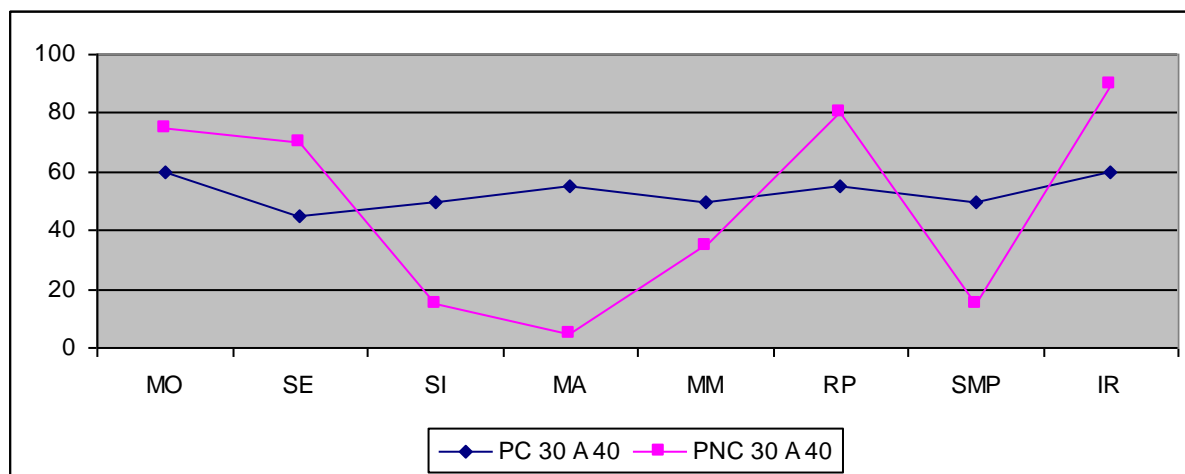


Conclusiones de las diferencias entre la población clínica (PC) y no clínica (PNC) (30 a 40).

La población clínica (PC) de 30 a 40, autoevalúa mayores áreas con malestar. Si se hace feedback de las curvas presentadas, se visibiliza la población clínica con un aplanamiento autopercebido que nos podría estar hablando de una etapa de procesamiento de viejas y nuevas soluciones. Es oportuno destacar que dicha curva es representativa de la media de la población clínica evaluada con el ILOP.

La población no clínica (PNC) se destacaría por aplicar sus recursos positivos (RP) que contribuye a que el índice de resultados (IR) se mejore significativamente. La población no clínica (PNC) presenta una curva semejante a la media de la población clínica (PC) en etapa de mantenimiento.

Tabla 4.b.2 Curva percentilada correspondiente a la PC y PNC (30 a 40)



Conclusión General.

Los resultados obtenidos a lo largo del trabajo permiten concluir que se obtuvo de la población no clínica (PNC) una respuesta al ILOP, correspondiente al momento de seguimiento de la población clínica (PC).

Según las diferencias obtenidas en el objetivo 2, se puede afirmar que la población no clínica (PNC) posee mayor capitalización de los recursos positivos, disminuyendo de esta manera el malestar o las dificultades que podría tener que afrontar.

Por lo tanto, la población pertenece al momento de seguimiento, pero sin la autopercepción, de un compromiso perjudicial en las soluciones intentadas. La curva percentilada correspondiente a esta población, nos da feedback de una mayor funcionalidad. Por tal motivo, los sujetos de la población no clínica no demandan ayuda profesional.

Se concluye también, que los hombres tienden a diferenciarse de las mujeres, en la población clínica (PC) por capitalizar mayores soluciones del entorno (SE). En la población no clínica (PNC) las mujeres poseen mayor susceptibilidad en los malestares (MA) (MM), que los varones que obtienen un mejor resultado final (objetivo 3.a).

En cuanto a la diferencia entre ambas poblaciones (PC) y (PNC), los varones de la población clínica (PC) se diferencian de los varones de la población no clínica (PNC) por poseer mayores soluciones mantenedoras del problema (SMP)

Las mujeres de la población clínica (PC) poseen también mayores soluciones mantenedoras del problema, y no pueden apropiarse de las soluciones que le brinda el entorno, comparativamente con las mujeres de la población no clínica (PNC) (objetivo 3.b).

La diferencia según las edades en la población clínica (PC) nos evidencia un mismo nivel de malestar. Mientras que en la población no clínica (PNC) los resultados obtenidos nos permiten concluir que a mayor edad, mayor desarrollo de

recursos positivos o capitalización de la valoración positiva de las soluciones aplicadas. (objetivo 4.a.)

En cuanto a los resultados entre ambas poblaciones, los representantes de la banda etárea (19 a 29 años) de la población clínica (PC) autoperiben mayores soluciones inapropiadas y malestar, comparativamente con los sujetos de 19 a 29 años de la población no clínica (PNC). Lo mismo sucede entre ambas poblaciones con los sujetos de la banda que representa las edades 30 a 40 años.

En un plano personal la producción del trabajo con el ILOP en clínica, es un constante aprendizaje compartido con todo el equipo terapéutico y los consultantes. Pero sobre todo, un crecimiento personal y profesional.

El trabajo con el inventario permite obtener información de la evolución del tratamiento, resultado de la respuesta del consultante.

A nivel profesional, beneficia en brindarnos la posibilidad de llevar a cabo una “investigación” más completa sobre el contexto particular y las dificultades que traen los consultantes. Y al mismo tiempo plantea el desafío de realizar una autoevaluación como terapeuta.

El feedback, y el trabajo constante entre consultante y terapeuta permite, identificar áreas, prioridades, necesidades o las variables a seguir trabajando.

Siempre teniendo en cuenta el objetivo – meta co-construido.

El ILOP funciona como orientador del proceso terapéutico a medida que se obtiene el feedback del estado del consultante.

Guía al terapeuta a centrarse en la meta planteada evitando desviaciones del planteamiento original.

Permite medir los conceptos abstractos (metas de tratamiento, cuán cerca se está de su logro, que es lo que se debe continuar trabajando para lograrla) con indicadores empíricos.

Muestra al consultante su auto – percepción y este se motiva a buscar nuevas soluciones para modificar su estado.

El ILOP nos interpone siempre el desafío de sentirnos evaluados como terapeutas, y como investigadores sin permitirnos adormecernos en el trabajo terapéutico.

Brinda también la satisfacción de visualizar además de lo que podemos percibir de la clínica, los logros del objetivo planteado.

En el proceso de mantenimiento (3 meses 6 meses y hasta 1 año) hace posible vivenciar a través de la clínica, y visualizar el sostenimiento del logro de la meta planteada.

Entonces, la evaluación que se realiza con el ILOP nos da la oportunidad de realizar un seguimiento admirable del tratamiento y representa al mismo tiempo un desafío profesional. Pero además de la exigencia profesional es generador de satisfacción compartida con los consultantes, al ir vivenciando gradualmente los cambios.

Quinta Parte

A continuación se presentan dos casos atendidos en el Centro de Terapias Breves.

El propósito de presentar estos casos son, por un lado, observar el beneficio del efecto del feedback. Y ver en solo dos casos como el dar feedback a pacientes y terapeutas puede ser un enfoque viable para mejorar los resultados de los tratamientos.

Y en segundo lugar, siguiendo lo que Howard afirma acerca del nuevo paradigma: la investigación focalizada en el paciente. Howard (1996) afirma que dicho paradigma responde a la pregunta ¿funciona este tratamiento para este paciente? Considera que ese paradigma supera las preguntas acerca de eficacia y efectividad. En la investigación focalizada en el paciente, Howard jerarquiza la focalización del monitoreo del progreso de un individuo durante el curso del tratamiento y el dar feedback de esta información al profesional, supervisor o director del caso.

Los casos fueron expuestos en la Jornada de Investigación Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur.

“La investigación en Psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza.”

Buenos Aires, Agosto 2006 y 2007.

Secretaría de Investigación, Facultad de Psicología U.B.A.

Caso 1:

Datos del Consultante:

Edad: 46 años.

Estado Civil: Divorciado.

Estudios Alcanzados: Universitarios.

Profesión: Abogado

Grupo Conviviente: Vive solo

Psicoterapias anteriores: Ninguna

Número de entrevistas totales: 18

Historia y Circunstancia:

“En Diciembre del 2003 me divorcié, nosotros vivíamos en Capital, cuando nos divorciamos, y a partir de es momento, mi ex mujer y mi hija se fueron a vivir a la Rioja, entonces yo viajaba para ver a mi hija que tiene 4 años. Cuando yo empiezo a viajar, se iba alternando la idea de reconciliarnos. El 18 de Junio del 2005 viajé a la Rioja con la expectativa de que una reconciliación más firme, porque eso es lo que veníamos hablado hasta ese momento. Pero cuando llego ella me dice que había iniciado una relación con un tercero. Fue un balde de agua fría”. Mi relación con mi hija es muy buena. Hablamos todos los días por teléfono”.

Situación Disparadora de la consulta:

Angustias derivadas de situaciones posteriores al divorcio. No puedo dormir, no puedo dejar de pensar. No se como manejar la situación cuando viajo, y eso me abruma.

Tríptico Cognitivo:

- Pensamientos:** no se como hacer cuando viajo para ver a la nena. Está siendo criada por mis suegros o por un tercero, no puedo resolver esta situación por más que lo piense. Me afecta hablar, no puedo hablar.
- Emociones:** Soledad, angustia, confusión, enojo.
- Conductas:** Me afecta hablar con mi ex, entonces antes de viajar le escribí un mail, diciéndole que me iba a un hotel. No estoy teniendo energía para hacer las cosas, todo me cuesta

Objetivo de la terapia: Encontrar respuestas adecuadas a situaciones que hoy no puedo manejar anímicamente.

Meta: Sentir que manejo la situación y controlo la relación con mi ex esposa e hija.

Meta Co-construida: Tolerar que cada vez que se conecte con su ex mujer, aumente la angustia, y que esta angustia se a ver reducida cuando se ocupe por el.

Estrategias Terapéuticas:

- Diario de abordó,
- Registro de pensamientos automáticos,
- Acompañamiento en la elaboración de la reorganización familiar,

- Redefinición del tiempo.

ILOP de Inicio:

- ¿Cuál es la meta de su tratamiento?

Encontrar respuestas a determinados problemas. A la relación actual con su ex, tener elementos que me hagan reflexionar en la situación para salir de ella, paz interior, ordenar mis pensamientos, para asumir la situación, todo esto me moviliza mal y no lo externalizo. Perdonarme, porque no me di cuenta.

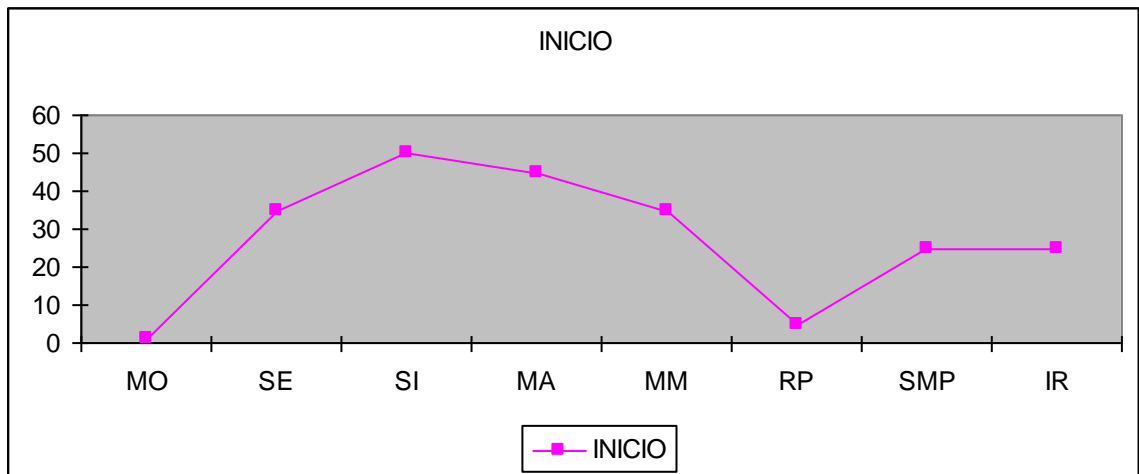
- ¿Qué cosas está haciendo para lograrlo?

Casi ninguna

- ¿Qué le faltaría hacer todavía?

Casi todo.

ILOP de Inicio



1° Seguimiento ILOP:

- ¿Cuál es el objetivo de su tratamiento?

Resolver las situaciones de conflicto con la hija, y en relación a sus sentimientos hacia su ex - mujer.

- ¿Qué está haciendo para lograrlo?

No sé.

- ¿Qué le faltaría hacer todavía?

No sé.

Eje temático del trabajo en cámara Gesell

La definición de su meta; sostener su rol de papá y alimentar su relación con su hija; y poder manejar los recurrentes pensamientos de ira hacia la ex mujer.

2° Seguimiento ILOP:

- ¿Cuál es el objetivo de su tratamiento?

Equilibrio emocional

- ¿Qué está haciendo para lograrlo?

Aplicar la razón.

- ¿Qué le faltaría hacer todavía?

No lo sé.

Eje temático del trabajo en cámara Gesell

A partir de la entrevista en cámara se vislumbra que los logros que ha tenido hasta el momento fueron manejar su situación pese a las dificultades. Pero se ve que hace una baja valoración de sus logros.

El mantiene su postura respeta sus limitaciones frente a propuestas de su ex mujer o amenazas.

4 Seguimiento ILOP: Pasaje a mantenimiento.

- ¿Cuál es el objetivo de su tratamiento?

Clarificar mis pensamientos y mis sentimientos.

- ¿Qué cosas está haciendo para lograrlo?

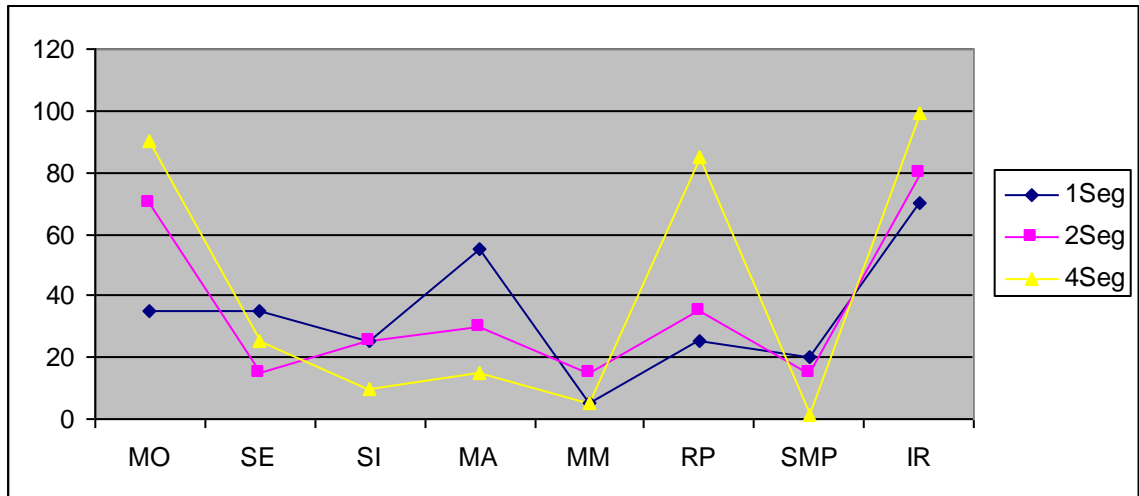
Pensar, reflexionar, trabajar.

•¿Qué le faltaría hacer todavía?

Creo que casi nada o nada.

Puede mantener claros sus pensamientos y sentimientos, lo cual le hace elegir las soluciones adecuadas y cumplir como el quiere con su rol de padre.

Entrevistas de Seguimiento



1° Mantenimiento ILOP:

¿Cuál fue el objetivo de su tratamiento?

Equilibrio Armonía

¿Está aplicando las soluciones apropiadas y evitando las inapropiadas para mantener su logro?

Pienso que si

2° Mantenimiento: 20/07/05

¿Cuál fue el objetivo de su tratamiento?

Equilibrarme emocionalmente y dirigir mis energías hacia metas y proyectos que me satisfagan

¿Qué cosas está haciendo para lograrlo?

Creo que si

¿Avisora el próximo problema? ¿Con que recursos cuenta para afrontarlo?

Si, Alejandra me propuso ir de vacaciones al lugar que van ellas y yo me sostuve en mi postura.

3° Mantenimiento :

¿Cuál fue el objetivo de su tratamiento?

Poseer los recursos y o herramientas que me permitan mantener equilibrio.

• ¿Qué cosas está haciendo para lograrlo?

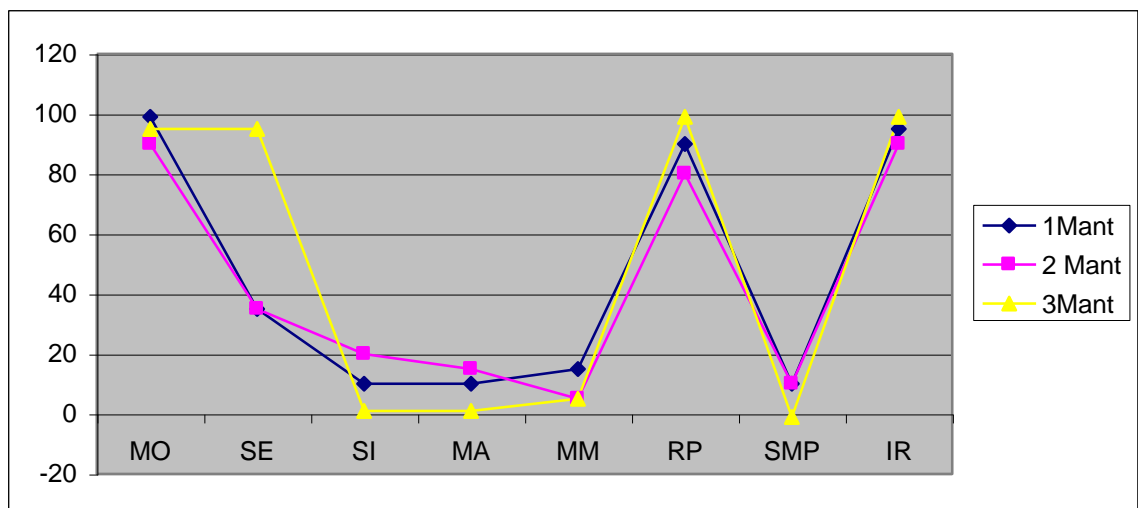
Pienso que si

Pudo vivir como esperaba hacerlo, las vacaciones y la Navidad con su hija, sin tener grandes dificultades con su ex mujer.

Se le redefinió como él está facilitando el que su hija mantenga una buena relación con él y afianzando a la distancia su vínculo. Se connotó positivamente el que Alejandra también sea de ayuda colaboración o facilitadora para que la hija pase 25 días en Capital Federal.

Reevaluando el ILOP y teniendo en cuenta a Alejandra en cada pregunta del entorno la curva da mucho mejor.

Entrevistas de Mantenimiento



Caso 2:

Datos del Consultante:

- Edad: 11 años.
- Grupo Familiar: Mamá, con quien convive;
Papá, su mujer actual, un hermanito, y otro por nacer
- Psicoterapias anteriores: A los 7, 8 años, por miedos, que también coincidieron con el nacimiento del primer hermanito de parte del padre
- Número de entrevistas totales: 14

Historia y circunstancia:

Hace 7 años sus papás están separados, J. vive con su mamá. J tenía 4 años cuando sus papás se separaron.

Su papá tiene una nueva pareja, con quien tiene un hijo de dos años, otro que va a nacer en un mes.

Situación Disparadora de la consulta:

- Charla con la directora del Colegio, que les comenta que se pelea con los compañeritos,
 - La mamá empezó a verlo triste a J, se despierta por las noches, dice que tiene miedo a que el papá no lo quiera más y que el nuevo hermanito sea el centro de atención, llora cuando hablan del tema.
 - Esta semana trajo tres malas notas de conducta. El dice que los compañeritos lo cargan y que las maestras se “equivocan” cuando lo amolestan.”

Meta: Relacionarse mejor con los compañeritos, volvería a ser como era antes con menos peleas y malestar en el colegio.

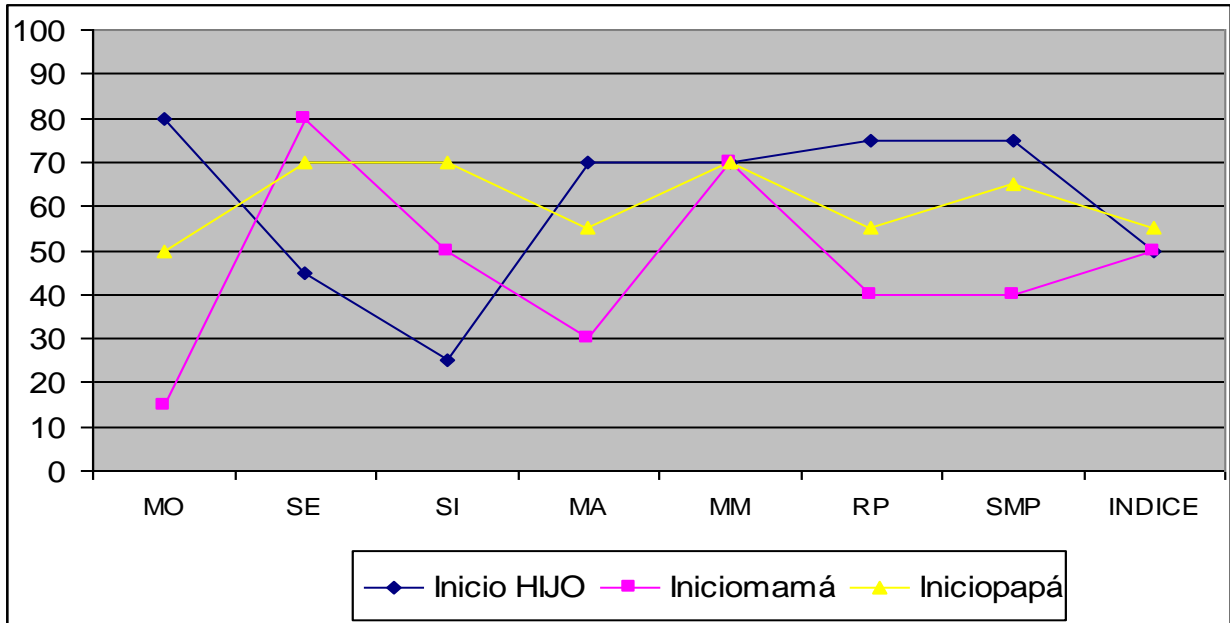
El pide tener tiempo solo con el papá.

Estrategias Terapéuticas:

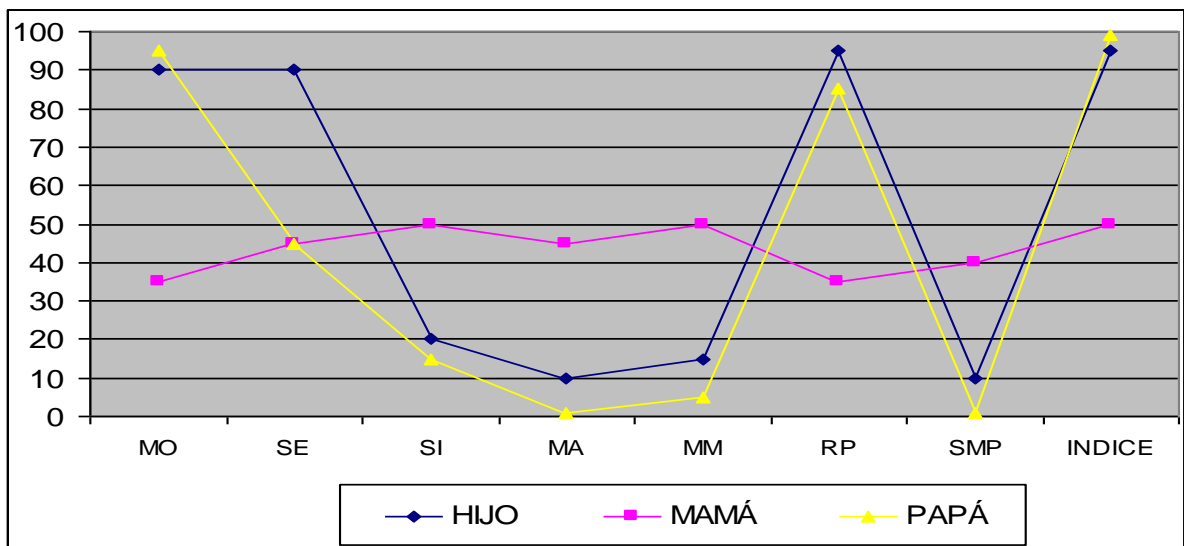
- Técnicas de resolución de problemas,
- Enseñanza de soluciones cognitivas para evitar problemas interpersonales (ESCePI)
- Desensibilización a los temores,
- Psicoeducación a Padres,

- Programa de refuerzo con fichas en ambas casas,
- Reorganización familiar,
- Intervenciones indirectas,
- Redefiniciones.

ILOP de Inicio

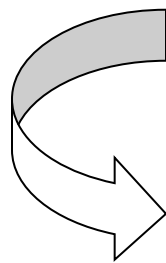


ILOP de Seguimiento

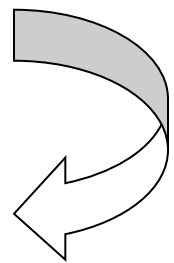


En la curva anterior es muy evidente las diferencias entre curvas. Sobre todo en las diferencias que hay entre como lo ve la mamá a J. y como J. se ve a sí mismo, que coincide con cómo lo ve el Papá.

Diagnóstico Circular:



Mamá trata a J. como un bebé.
J se adapta y no quiere quedarse solo.
J actúa como un bebé miedoso,
Mamá pide más terapia



Intervenciones durante el tratamiento:

-Dirigidas a la mamá:

¿Usted cree que J está creciendo?

¿Identifique aquellas conductas en que J está creciendo?

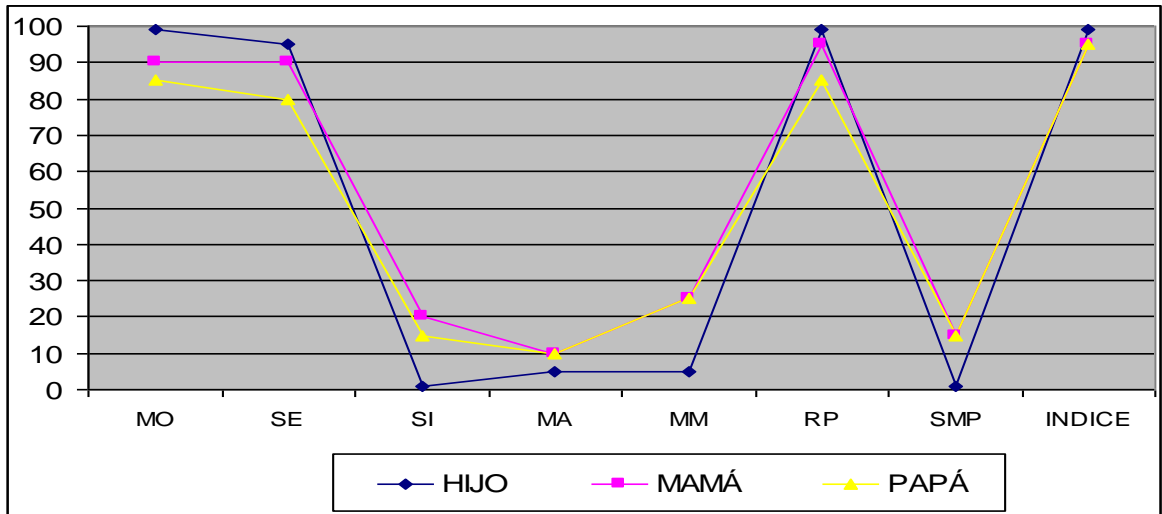
¿Cree usted que si se sitúa en aquellas conductas la ayudarían a preocuparse menos por los temores de J y la llevarían a tratarlo como un chico de 11 años y no como un bebé?

-Dirigidas a J.

Estás actuando diferente con tu papá que con tu mamá. Te vamos a pedir que te

comportes de igual manera con mamá que con papá porque de lo contrario tu mamá no entiende que estás mejor como sí lo entiende papá.

ILOP Seguimiento, pasaje al período de Mantenimiento



Eje temático de la entrevista familiar de pasaje a mantenimiento:

Se trabaja el corte del circuito sostenedor del problema que produce una cascada de beneficios:

- Interrupción de los miedos de J y su actitud infantil. -Desarrollo de habilidades y recursos de afrontamiento apropiados con chicos de su edad.
- Interrupción de la actitud sobreprotectora de la mamá,
- Inicio de una actitud más responsable de la mamá (entra a terapia).
- Confianza del papá de que J. sostenga su cambio si las cosas continuaran así

Apéndice

Apéndice.

**INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LOGRO DE OBJETIVOS EN PSICOTERAPIA
(CONSULTANTE)**

Autora: Dra. Regina Szprachman de Hubscher
Dirección Nacional del Derecho de Autor: N° 286573
Particular o Socio N°:

Fecha:		
Consultante Apellido y nombre: Sexo: F/M Edad: Nacionalidad:		Domicilio: Teléfonos: E-mail: Entrevista N°: Tiempo de tratamiento: E-mail:
Consigna: Encierre en un círculo c/una de sus condiciones	Lee y escribe Primaria Secundaria	Terciario Universitaria: Posgrado/s
	Vive solo/a	C/Familiar/res
	C/novio/a C/Esposo	C/Concubino/a
	Casado Soltero	Separado Divorciado
	Respondió al ILOP previamente	No respondió al ILOP previamente
	Asiste por su propia iniciativa	No asiste por iniciativa propia
Profesión:	Trabaja:	Trabaja en su profesión
Apellido y nombre del terapeuta admissor:		

LEA ATENTAMENTE LA CONSIGNA: en cada una de las preguntas, **encierre con un círculo la opción verbal y numérica** correspondiente a su grado de **autovaloración**, donde 0 es "para nada" y 100 es "totalmente". Responda a todo el Inventario teniendo en cuenta el grado de malestar que le genera el problema por el que consulta.

1. ¿Se siente satisfecho con los logros de su tratamiento?

0.....25.....50.....75.....100

para nada casi nada median casi totalm totalmente

2. Su conducta, ¿lo lleva a aplicar soluciones inapropiadas?

0.....25.....50.....75.....100

para nada casi nada median casi totalm totalmente

3. Con el grado de malestar que tiene ahora, ¿solicitaría turno para iniciar tratamiento hoy?

0.....25.....50.....75.....100

para nada casi nada median casi totalm totalmente

4. ¿Qué malestar le genera a usted actualmente la actitud de sus allegados frente a su problema?

- 0.....25.....50.....75.....100
para nada casi nada median casi totalm totalmente
5. La manera de ser de sus allegados, ¿lo ayuda a encontrar soluciones apropiadas?
0.....25.....50.....75.....100
para nada casi nada median casi totalm totalmente
6. Su actual manera de ser, ¿lo ayuda a encontrar soluciones apropiadas?
0.....25.....50.....75.....100
para nada casi nada median casi totalm totalmente
7. Sus pensamientos actuales, ¿lo llevan a aplicar soluciones inapropiadas?
0.....25.....50.....75.....100
para nada casi nada median casi totalm totalmente
8. ¿Ha intentado nuevas soluciones para resolver su problema a partir del tratamiento?
0.....25.....50.....75.....100
para nada casi nada median casi totalm totalmente
9. ¿Considera que está solucionando el problema por el que consulta?
0.....25.....50.....75.....100
para nada casi nada median casi totalm totalmente
10. ¿Contribuye su entorno actualmente a la reducción de su malestar?
0.....25.....50.....75.....100
para nada casi nada median casi totalm totalmente
11. ¿Se encuentra con ganas de asistir a terapia?
0.....25.....50.....75.....100
para nada casi nada median casi totalm totalmente
12. Sus emociones actuales, ¿lo llevan a aplicar soluciones inapropiadas?
0.....25.....50.....75.....100
para nada casi nada median casi totalm totalmente
13. ¿Considera usted que actualmente está resolviendo eficazmente los problemas por los que consulta?
0.....25.....50.....75.....100
para nada casi nada median casi totalm totalmente

14. ¿Cuál es el grado de malestar por el que hoy Ud. asiste?
 0.....25.....50.....75.....100
 para nada casi nada median casi totalm totalmente
15. Actualmente, ¿le genera malestar la conducta de sus allegados frente a su problema?
 0.....25.....50.....75.....100
 para nada casi nada median casi totalm totalmente
16. Las circunstancias actuales, ¿le impiden la selección y aplicación de soluciones apropiadas?
 0.....25.....50.....75.....100
 para nada casi nada median casi totalm totalmente
17. ¿Piensa que empieza a realizar conductas cercanas a su objetivo terapéutico?
 0.....25.....50.....75.....100
 para nada casi nada median casi totalm totalmente
18. Las actitudes presentes de sus allegados, ¿lo llevan a aplicar soluciones inapropiadas?
 0.....25.....50.....75.....100
 para nada casi nada median casi totalm totalmente
19. ¿Colaboraría a la reducción de su malestar el que su objetivo sea aceptable para sus allegados?
 0.....25.....50.....75.....100
 para nada casi nada median casi totalm totalmente
20. ¿Ha disminuido el malestar desde su consulta inicial a la fecha?
 0.....25.....50.....75.....100
 para nada casi nada median casi totalm totalmente
21. ¿Algún miembro de su entorno sufre, actualmente tanto o más que usted por el problema?
 0.....25.....50.....75.....100
 para nada casi nada median casi totalm totalmente
- 22) ¿Cuál es el objetivo de su tratamiento?.....
- 23) ¿Qué soluciones está aplicando para lograrlo?.....
- 24) ¿Qué soluciones debería evitar para lograrlo?.....

TABLA DE RESULTADOS

Equivalencias a volcar al cuadro: 0=1; 25=2; 50=3; 75=4; 100=5. Luego sumar por columnas

Recursos Positivos		Soluciones Mantenedoras del Problema		
Motivación	Soluc. Entorno	Soluc. Inaprop	Malest. Autoev	Malest. Medio
1)	5)	2)	3)	4)
6)	10)	7)	8)	15)
9)	19)	12)	14)	18)
13)	21)		16)	
17)				
20)				
Subtot al:	Subtota l:	Subtot al:	Subtot al:	Subtot al:
RP= MO + SE =		SMP= MA + MM =		
RP ÷ SMP =				

HOJA DE PERFIL 2

Puntajes Brutos									Puntajes Brutos
Percentiles									Percentiles
Subescalas	MO	SE	SI	MA	MM	RP	SMP	INDICE	Clasificación
99	Alto
95	
90	
85	
80	
75	Termino medio
70	
65	
60	
55	
50	
45	
40	
35	
30	
25	Bajo
20	
15	
10	
5	
1	
	MO	SE	SI	MA	MM	RP	SMP	INDICE	

BAREMO 2

Percentiles	MO	SE	SI	MA	MM	RP	SMP	Índice	Percentiles
99	30	19	15	18	15	47	29	3,50	99
95	29	17	14	-	12	43	27	3,25	95
90	26	16	13	17	11	40	25	2,76	90
85	25	15	-	-	10	39	-	2,26	85
80	24	14	12	15	-	36	24	1,97	80
75	23	-	-	-	-	35	23	1,88	75
70	22	13	11	14	9	-	-	1,80	70
65	-	-	-	-	-	34	22	1,70	65
60	21	-	10	-	-	-	-	1,60	60
55	-	12	-	13	-	33	-	1,56	55
50	20	-	9	-	8	32	21	1,49	50
45	-	11	-	12	7	-	-	1,45	45
40	-	-	-	-	-	31	20	1,44	40
35	19	10	8	-	6	30	-	1,40	35
30	-	-	-	11	-	-	19	1,39	30
25	18	9	7	-	5	29	17	1,32	25
20	-	-	6	-	-	-	16	1,26	20
15	17	8	-	10	4	27	14	1,24	15
10	-	7	4	9	-	26	13	1,19	10
5	16	6	-	8	3	25	12	1,15	5
1	13	4	3	6	1	21	11	1,05	1

**INVENTARIO DE SEGUIMIENTO DE LOGRO DE OBJETIVOS
(CONSULTANTE) (A RESPONDER POR TERAPEUTA – SUPERVISOR)**

22. Eje temático de la sesión. Situación central tratada.
.....
23. Objetivo del terapeuta. Meta de mínima pactada.
.....
24. Recursos técnicos incorporados en esta entrevista: reestructuración, sugerencias, instrucciones, intervenciones.
.....
25. ¿Quiénes asisten a terapia?.....
26. ¿Considera Ud. que el consultante está resolviendo con eficacia los problemas por los que consulta?
0.....20.....40.....60.....80.....100
para nada casi nada mediano moderado casi totalm totalmente
27. Especificar grado de cercanía al logro
0.....20.....40.....60.....80.....100
para nada casi nada mediano moderado casi totalm totalmente
28. ¿Cuán motivado está el consultante para continuar con el tratamiento?
0.....20.....40.....60.....80.....100
para nada casi nada mediano moderado casi totalm totalmente
29. ¿Cuál es el malestar por el que hoy el consultante asiste?
0.....20.....40.....60.....80.....100
para nada casi nada mediano moderado casi totalm totalmente
30. Creencias del terapeuta y/o supervisor sobre la aceptación de los recursos técnicos incorporados.
0.....20.....40.....60.....80.....100
para nada casi nada mediano moderado casi totalm totalmente
31. Diagnóstico circular y DSM IV (si fuera necesario):
32. Curso terapéutico a seguir y predicciones.....

Bibliografia

Bibliografía

- Babbie, Earl, (2000). *“Fundamentos de la Investigación Social”*. Thomson. México.
- Campbel, D. T.; Stanley, J. C. (1993). “Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social.” Amorrortu. Buenos Aires.
- Christensen, L. B. (1980) *“Experimental methodology”*. Boston: Allyn and Bacon. Segunda Edición. (2) citado en Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. México.
- Jacobson Neil S., Traux Paula.1991. (1) citado en Szprachman, R. (2005) “Investigación en Psicoterapia: Michael Lambert y otros”. Revista Perspectivas Sistémicas. Nro. 87, p.10. Argentina.
- Howard, Kenneth I., Kopta, Mark S., Krause, Merton S., Orlinsky, David E. (1986) Citado en Szprachman R. (2005) Validez y Confiabilidad del Inventario de Logro de Objetivos en Psicoterapia (ILOP). Memorias de las XII Jornadas UBA. Primer Encuentro de Investigadores en Psicoterapia del Mercosur. Avances, nuevos desarrollos e integración regional. 4, 5 y 6 de Agosto de 2005. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Howard, Kenneth I., Moras, Karla, Brill, Peter L., Martinivich, Zoran; Lutz, Wolfgang. (1996) Citado en Szprachman R. (2005) Validez y Confiabilidad del Inventario de Logro de Objetivos en Psicoterapia (ILOP) Memorias de las XII Jornadas UBA. Primer Encuentro de Investigadores en Psicoterapia del Mercosur. Avances, nuevos desarrollos e integración regional. 4, 5 y 6 de Agosto de 2005. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Klimosvky, G. (1994) “Las desventuras del Conocimiento Científico. Una introducción a la epistemología”. A-Z editora. Buenos Aires.
- Laurell, A. C. (1986) “El estudio social del proceso salud – enfermedad en América Latina” Cuadernos Médico Sociales, N 37. Rosario.
- Menéndez, Eduardo L. (1994). “La enfermedad y la curación. Qué es la umedicina tradicional?” (UAM –Iztapalapa), Año 4, N 7, México.
- Menéndez, E. L. Di Pardo, R. (1996). *“Representaciones, prácticas e interrogantes.” En de algunos alcoholismos y algunos saberes.”* Ediciones de la Casa Chata. México.

- Merino Pardo, A.; Ruiz Díaz, M. A. (2005) “*Análisis de Datos con SPSS13 Base*”. McGraw-Hill. Madrid.
- Nicol Adelheid A. M.; Pexma Penny M. (1999). Presenting your Findings. A practical guide for creating table. American Psychological Association. Washington, DC.
- http://bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate11100.pdf Alfredo Espinosa Brito. Epidemiología clínica o clínica epidemiológica?
- http://www.revneuropsi.com.ar/pdf/posibilidad_de_integracion.pdf
- <http://www.salvador.edu.ar/psic/va1-9pub02-7-01htm>
- Sampieri Hernández, R.; Collado Fernández, C.; Lucio Baptista, P. (1998). “*Metodología de la Investigación*” McGraw-Hill. México.
- Stenberg, R. J. (1996). “*Investigar en Psicología. Una guía para la elaboración de textos científicos dirigida a estudiantes, investigadores y profesionales.*” Paidós. Barcelona.
- Szprachman, R. (2003). “*Terapia Breve. Teoría de la Técnica.*” Editorial Lugar. Buenos Aires. Segunda Edición 2005. Editorial Lugar. Buenos Aires.
- Szprachman, R. (2005). “Investigación Científica en Evaluación de Resultados en Psicoterapia: Michael Lambert y otros”. Revista Perspectivas Sistémicas Nro. 87, p.10. Argentina.
- Szprachman, R. (2005). Investigación Científica Resultados en Psicoterapia. Perspectiva Sistémica. Año 17 (87) Julio – Agosto. 2005.
- Szprachman, R (2005) Correlación entre los Inventarios ILOP (Sprachman, R. 2003-2005), OQ-45.2 y Symptom Checklist-90. Memorias de las Jornadas de Investigación Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Paradigmas métodos y técnicas Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. 10, 11 y 12 de Agosto de 2006.
- Szprachman, R. (2006). Evaluación de resultados en psicoterapia investigando con el uso del ILOP (Inventario de Evaluación de Logros de Objetivos en Psicoterapia). Sistemas Familiares. Año 22, Marzo – Abril. p. 33-57. 2006.
- Sprachman, R. (2007). “La Investigación en Psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza”. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigación del Mercosur 9 –10 –11 de Agosto de 2007.

