

XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008.

Relación entre inventario ILOP (Inventario de Evaluación de Logro de Objetivos en Psicoterapia. Szprachman , R. 2003-2005) y el grupo control (Schlingmann , F. 2007).

Szprachman, r. 2003-2005) y el grupo control (schlingmann, f. 2007)Szprachman, Regina y Schlingmann, Flavia.

Cita:

Szprachman, r. 2003-2005) y el grupo control (schlingmann, f. 2007)Szprachman, Regina y Schlingmann, Flavia (2008). *Relación entre inventario ILOP (Inventario de Evaluación de Logro de Objetivos en Psicoterapia. Szprachman , R. 2003-2005) y el grupo control (Schlingmann , F. 2007)*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-032/662>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/efue/VSD>

RELACIÓN ENTRE INVENTARIO ILOP (INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LOGRO DE OBJETIVOS EN PSICOTERAPIA. SZPRACHMAN, R. 2003-2005) Y EL GRUPO CONTROL (SCHLINGMANN, F. 2007)

Szprachman, Regina; Schlingmann, Flavia
Centro de Terapias Breves. Argentina

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 para obtener el grupo control del inventario ILOP. Tal tarea resulta necesaria a los efectos de contribuir a la normalización del instrumento. 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 (PNC) con la aplicación del ILOP. Los resultados de la investigación nos dicen que la PNC obtiene una valoración perteneciente a la etapa de seguimiento del ILOP, pero con un significativo menor malestar de la PNC respecto de la PC. La PC presenta un perfil compatible al perfil típico de la población de seguimiento del ILOP. La PNC en cambio tendría un perfil mucho más cercano a una curva típica de mantenimiento sin llegar a serlo. Aún así su funcionamiento sería compatible con la población funcional en el sentido que no busca ayuda.

Palabras clave

Evaluación Resultados Psicoterapia ILOP Grupo control

ABSTRACT

GROUP CONTROL OF THE ILOP (INVENTORY OF
EVALUATION OF PROFIT OF OBJECTIVES IN
PSYCOTHERAPY. SZPRACHMAN, R. 2003 - 2005)

This study is led to apply the ILOP (Inventory of Evaluation of Profit of Objectives in Psychotherapy) (Szprachman, 2003-2005) to a nonclinical population to obtain the group control of inventory ILOP. Such task is necessary with a view to contribute to the normalization of the instrument. The group control is necessary like neutral datum point to be able to compare the effect of the application of the ILOP. The curve of the nonclinical population (PNC) with the application of the ILOP looks for then. The results of say us to the investigation that the PNC obtains a valuation pertaining to the stage of pursuit of the ILOP, but with a significant minor malaise of the PNC with respect to the PC. The PC presents/displays a compatible profile to the typical profile of the population of pursuit of the ILOP. The PNC however would much more have a profile near a typical curve of maintenance without getting to be it Even so its operation would be compatible with the functional population in the sense that does not look for aid

Key words

Evaluation Outcome Psychtherapy ILOP Control group

Este estudio se aboca aplicar el ILOP (Inventario de Evaluación de Logro de Objetivos en Psicoterapia) (Szprachman, 2003-2005) a una población no clínica para obtener el grupo control del inventario ILOP. Tal tarea resulta necesaria a los efectos de contribuir a la normalización del instrumento. 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 (PNC) con la aplicación del ILOP.

Los resultados de la investigación nos dicen que la PNC obtiene una valoración perteneciente a la etapa de seguimiento del ILOP, pero con un significativo menor malestar de la PNC respecto de la PC. La PC presenta un perfil compatible al perfil típico de la población de seguimiento del ILOP. La PNC en cambio tendría un perfil mucho más cercano a una curva típica de mantenimiento sin llegar a serlo. Aún así su funcionamiento sería compatible con la población funcional en el sentido que no busca ayuda. ¿Qué hace que la PNC no consulte si, según el ILOP, los RP de ambas poblaciones son semejantes? La respuesta sería el que lo reducido del malestar de la PNC le informa que las cosas van bien y tiene suficientes recursos como para sortear las dificultades de tal modo que no se conviertan en problema.

La comparación con el grupo control o PNC es, necesaria, entonces, para que indique, frente a la ausencia del tratamiento psicológico, cual es el efecto de la aplicación del ILOP.

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. Referentes internacionales de la investigación en psicoterapia son Howard, K. 1986; Jacobson, 1951; quienes afirman que deben cumplirse dos criterios para que haya "cambio clínicamente significativo", estos criterios son:

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."

PARTICIPANTES

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

La muestra control, o PNC, está compuesta por 101 sujetos, (22,8% varones y 77,2% mujeres). Las edades varían entre los 11y los 80 años (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.

El grupo experimental o PC pertenecen a diferentes momentos de evolución (seguimiento) en su tratamiento. Los 82 participantes de la muestra de la población clínica asisten por iniciativa propia al Centro de Terapias Breves una vez por semana para hacer terapia.

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 (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.

Merce 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.

A CONTINUACIÓN SE PRESENTARÁN LOS OBJETIVOS SEGUIDOS POR SUS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

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

Del primer objetivo establecido se encuentra que existen diferencias significativas entre ambas poblaciones (PC - PNC) 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) (SI muestra clínica = 9,18; sd = 3,076 vs SI muestra no clínica = 6,51; sd = 2,35); (t MA = 6,668; df = 181; p = .000) (MA muestra clínica = 12,70; sd = 2,747 vs. MA muestra no clínica = 9,72; sd = 3,188); (t MM = 2.829; df = 181; p = .005) (MM población clínica = 7,62; sd = 2,765 vs. MM población no clínica = 6,53; sd = 2,431); (t SMP = 5.790; df = 181; p = .000) (SMP población clínica = 20,32; sd = 4.357 vs. SMP población no clínica = 16.28; sd 4.950); (t IR = -5.386; df = 172.163; p = .000) (IR población clínica = 1.7116; ds = .58802 vs. IR población no clínica = 2.3080; ds = .89700)

La lectura de los resultados permiten concluir que: En la **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) es 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.

No se encuentran diferencias significativas en recursos positivos (RP) entre la PC y la PNC, lo cual 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. Inferimos, también, 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 los bajos valores de las soluciones mantenedoras del problema (SMP) de (PNC) le informan que las cosas van bien.

La PC está mucho más comprometida en soluciones mantenedoras de sus problemas (SMP) que la PNC. Parece razonable que no estén en tratamiento quienes tienen soluciones significativamente más funcionales como, en nuestro caso, la PNC.

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

Los resultados de tal objetivo denotan que 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) (SE hombres = 13.26; ds = 2.922; vs SE mujeres = 11.24; ds = 3.130).

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) (MA hombres = 8,22; ds = 3.357 vs. MA mujeres = 10.17; ds = 3.017); (t MM = -2.218; df = 99, p = .029) (MM hombres = 5.57; ds = 2.332 vs. MM mujeres = 6.82; ds = 2.400); (t SMP = -2.846; df = 99; p = .005) (SMP hombres = 13.78; ds = 5.187 vs SMP mujeres = 17.01 ds = 4.661); (t IR = 3.113; df = 98; p = .002) (IR hombres = 2.7978, ds = 1.04797 vs. IR mujeres = 2.1617, ds = .79743).

Los resultados permiten inferir que: En la **PC** (seguimiento), a excepción de soluciones del entorno (SE), hombres y mujeres se igualan en el grado de sufrimiento percibido. La excepción en SE nos informa que los hombres de la PC desarrollan significativamente (p =.014) mayores soluciones del entorno (SE) que las

mujeres. Esto habla de la mayor capacidad del sexo masculino de la PC de lograr obtener ayuda de quiénes, dónde y cuándo, si lo está necesitando. Las mujeres de la PC aunque son las que más consultan, según el Centro de Terapia Breve, tienen más dificultades en obtener dicha ayuda aunque la necesitan más masivamente, según la proporción de mujeres en las muestras.

Del estudio de la PNC se observa que se diferencian significativamente más ambos géneros. Las mujeres muestran mayor susceptibilidad en el malestar autoevaluado (MA) y una mayor autoatribución externa de lo perjudicial de los significativos (MM). Los hombres alcanzan un mejor resultado final (IR) por presentar menores grados de malestares autopercibidos.

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

Los resultados nos muestran que 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 **varones de la PNC** ($t_{SI} = 3.092$; $df = 28.282$; $p = .004$) ($SI_{PC} = 8.89$; $ds = 3.635$ vs. $SI_{PNC} = 5.96$; $ds = 2.184$); ($t_{MA} = 45.258$; $ds = 40$; $p = .000$) ($MA_{PC} = 12.16$, $ds = 2.455$ vs. $MA_{PNC} = 8.22$; $ds = 2.184$); ($t_{MM} = 2.864$; $df = 40$; $p = .007$) ($MM_{PC} = 8.11$ $ds = 3.398$ vs. $MM_{PNC} = 5.57$, $ds = 2.332$) ($t_{SMP} = 4.221$; $df = 40$; $p = .000$) ($SMP_{PC} = 20.26$ $ds = 4.677$ vs. $SMP_{PNC} = 13.78$, $ds = 5.187$); ($t_{IR} = -3.334$, $df = 40$, $p = .002$) ($IR_{PC} = 1.8379$ $ds = .75779$ vs. $IR_{PNC} = 2.7978$, $ds = 1.04797$).

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 subescalas Soluciones de Entorno a la Resolución del Problema (SE) y el Índice de Resultados (IR) ($t_{SE} = -2.147$, $df = 111.768$, $p = .034$) ($SE_{PC} = 11.24$ $ds = 3.130$ vs. $SE_{PNC} = 12.26$, $ds = 2.327$); ($t_{IR} = -4.335$, $df = 132.590$, $p = .000$) ($IR_{PC} = 1.6735$ $ds = .52790$ vs. $IR_{PNC} = 2.1617$, $ds = .79743$); ($t_{SI} = 5.803$, $df = 139$, $p = .000$) ($SI_{PC} = 9.27$ $ds = 2.914$ vs. $SI_{PNC} = 6.68$, $ds = 2.388$); ($t_{MA} = 5.414$, $df = 139$, $p = .000$) ($MA_{PC} = 12.86$ $ds = 2.828$ vs. $MA_{PNC} = 10.17$, $ds = 3.017$); ($t_{SMP} = 4.354$; $df = 139$; $p = .000$) ($SMP_{PC} = 20.33$ $ds = 4.296$ vs. $SMP_{PNC} = 17.01$, $ds = 4.661$).

Por lo tanto, los **varones de la PC** presentan mayores malestares que los de la PNC. Se infiere que los sujetos de la PC aplican inadecuadas soluciones lo que hace que se mantengan sus malestares. Los **varones de la PNC** reducen su sufrimiento por poder interrumpir las soluciones mantenadoras del problema (SMP) lo que los lleva a mejores resultados IR.

Por su parte las **mujeres de la PC** se diferencian de la PNC por tener mayor malestar autopercibido. Esta autopercepción le impide evaluar apropiadamente la procedencia de su malestar atribuyendo al afuera (MM) masivamente su origen. En correspondencia a lo cual tampoco puede valorar y generar 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).

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

En respuesta al mismo se encuentra que en la PC no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, entre las bandas etáreas que van de los 19 a 29 y de los 30 a 40 años. Pero en la PNC se encontraron diferencias significativas a favor de la banda etárea **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) ($t_{SI} = 2.575$; $df = 71$, $p = .012$) ($19 \text{ a } 29 \text{ PNC} = 6.87$ $ds = 2.377$; vs. $30 \text{ a } 40 \text{ PNC} = 5.00$, $ds = 1.809$); ($t_{MA} = 2.965$

$df = 71$, $p = .004$) ($19 \text{ a } 29 \text{ PNC} = 10.57$, $ds = 2.958$; vs. $30 \text{ a } 40 \text{ PNC} = 7.92$, $ds = 2.065$); ($t_{SMP} = 3.467$, $df = 21.491$, $p = .002$) ($19 \text{ a } 29 \text{ PNC} = 17.49$, $ds = 4.585$; vs. $30 \text{ a } 40 \text{ PNC} = 13.75$, $ds = 3.137$); ($t_{MO} = -2.649$; $df = 71$, $p = .010$) ($19 \text{ a } 29 \text{ PNC} = 20.39$, $ds = 3.388$; vs. $30 \text{ a } 40 \text{ PNC} = 23.17$, $ds = 2.887$) ($t_{RP} = 3.467$; $df = 71$, $p = .001$) ($19 \text{ a } 29 \text{ PNC} = 32.56$, $ds = 3.784$; vs. $30 \text{ a } 40 \text{ PNC} = 36.75$, $ds = 3.596$) ($t_{IR} = -3.624$; $df = 71$, $p = .001$) ($19 \text{ a } 29 \text{ PNC} = 2.0382$, $ds = .75499$; vs. $30 \text{ a } 40 \text{ PNC} = 2.9136$, $ds = .62105$).

Por lo tanto, en la PC no se verifican diferencias significativas según la edad (19 a 29 vs. 30 a 40). Se observa que la población clínica en general tiene autopercepción de la disfuncionalidad de su malestar así como una acorde autovaloración de ineffectiva de las soluciones aplicadas (SI). Es razonable, entonces, que se encuentren en tratamiento todavía.

En la PNC, a diferencia de la PC, sí se encontraron diferencias significativas según edad (19 a 29 vs. 30 a 40). Así la banda etárea que va de los 19 a 29 años presenta diferencias en las subescalas soluciones inapropiadas (SI), malestar autoevaluado (MA) y en la escala soluciones antenedoras del problema (SMP). Esto lleva a concluir que, estos sujetos (**19 a 29 años**), 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 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 menor consulta de la banda entre los 30 a 40 años.

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

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), ($t_{SI} = 4.414$; $df = 85$, $p = .000$) ($SI_{PC} = 19.96$, $ds = 3.388$; vs. $SI_{PNC} = 20.39$, $ds = 3.388$); ($t_{MA} = 3.025$, $df = 85$, $p = .003$) ($MA_{PC} = 12.58$, $ds = 2.485$; vs. $MA_{PNC} = 10.57$, $ds = 2.958$); ($t_{SMP} = 2.524$, $df = 85$, $p = .013$) ($SMP_{PC} = 20.08$, $ds = 3.815$; vs. $SMP_{PNC} = 17.49$, $ds = 4.585$); ($t_{IR} = -2.919$, $df = 69.455$, $p = .005$) ($IR_{PC} = 1.6352$, $ds = .50254$; vs. $IR_{PNC} = 2.0382$, $ds = .7599$)

En la banda etárea que representa las edades que van de los **30 a 40** 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) ($t_{SI} = 4.387$; $df = 40$, $p = .000$) ($SI_{PC} = 9.47$, $ds = 3.319$; vs. $SI_{PNC} = 5.00$, $ds = 1.809$); ($t_{MA} = 5.421$, $df = 40$, $p = .000$) ($MA_{PC} = 13.20$, $ds = 3.101$; vs. $MA_{PNC} = 7.92$, $ds = 2.065$); ($t_{MM} = 2.437$, $df = 40$, $p = .019$) ($MM_{PC} = 7.97$, $ds = 2.632$; vs. $MM_{PNC} = 5.83$, $ds = 2.368$); ($t_{SMP} = 4.993$, $df = 40$, $p = .000$) ($SMP_{PC} = 21.17$, $ds = 4.728$; vs. $SMP_{PNC} = 13.75$, $ds = 3.137$); ($t_{RP} = -2.527$, $df = 40$, $p = .016$) ($RP_{PC} = 32.70$, $ds = 5.046$; vs. $RP_{PNC} = 36.75$, $ds = 3.596$); ($t_{IR} = -5.748$; $df = 39$, $p = .000$) ($IR_{PC} = 1.6580$, $ds = .61927$; vs. $IR_{PNC} = 2.9136$, $ds = .62105$)

Comparando ambas poblaciones PC y PNC en la banda etaria de **19 a 29** se concluye que los sujetos de la PC autoperciben 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 marca un bajo Índice de Resultados (IR). Dicho índice se encuentra esperablemente elevado en la PNC que presenta un ostensible nivel de satisfacción.

La 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 pleno trabajo en el de re-procesamiento y procesamiento de viejas y nuevas soluciones. La **PNC** se destaca por aplicar sus recursos positivos (RP) que contribuyen 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) muy cercana a la curva típica correspondiente a la etapa de mantenimiento. Tal es su ostensible grado de ventaja de la PNC respecto de la PC, para la población entre los 30 y 40 años.

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.

BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- 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 (3 - 4), 33-57. 2006.
- SPRACHMAN, R. (2007). "La Investigación en Psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza". XIV Jornadas de Investigación y 3er Encuentro de Investigación del Mercosur 9 -10 -11 de Agosto de 2007.