XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2005.

Validez y confiabilidad del Inventario de Logro de Objetivos en Psicoterapia (ILOP).

Szprachman de Hubscher, Regina.

Cita:

Szprachman de Hubscher, Regina (2005). *Validez y confiabilidad del Inventario de Logro de Objetivos en Psicoterapia (ILOP). XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-051/99

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/ewYf/s5D

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO DE LOGRO DE OBJETIVOS EN PSICOTERAPIA (ILOP)

Regina Szprachman de Hubscher
Centro de Terapia Breve

Resumen
La construcción del Inventario de Logro de Objetivos en Psicoterapia (ILOP; Szprachman, R., 2005) es producto de una ardua tarea de investigación científica que ha sido posible merced a la participación de numerosos profesionales y consultantes. Surge de la necesidad de construir un instrumento que auto evalúe la evolución del tratamiento y que sirva de feedback tanto para el terapeuta y supervisor como al propio consultante. Para la creación de este instrumento se requiere del entrecruzamiento de: a) conocimientos acerca de la pragmática de la comunicación humana para el estudio y análisis de la manera en que la comunicación afecta a la conducta; b) de un modelo de psicoterapia, la terapia breve, que busca el cumplimiento del logro del objetivo –meta- pactado con el consultante; c) de la Metodología de la Investigación y la Estadística para evaluar la eficacia metodológica de la herramienta terapéutica. Los estudios estadísticos del Inventario ILOP dieron una confiabilidad por Alfa de Cronbach para todos los factores de un muy buen nivel de consistencia interna, en general. Tanto la validez criterial como la de contenido también arrojan resultados positivos.

Palabras Clave
Objetivos psicoterapia feedback resultado

Abstract
VALIDATION AND RELIABILITY OF THE OBJECTIVES ACHIEVEMENT IN PSYCHOTHERAPY INVENTORY (ILOP)
The Inventario de Logro de Objetivos (ILOP) (Objectives Achievement in Psychotherapy Inventory (Szprachman, R., 2005) is the result of the hard work of the scientific research that has been possible because of the participation of many professionals and patients. It emerges from the necessity of building an instrument that assesses the treatment progress and that serves as feedback both for the therapist and supervisor and the patient. For the creation of this instrument, we need the mixing of: a) knowledge about the human communication pragmatics to study and analyze the way in which communication affects behavior; b) A psychotherapy model, brief therapy, that looks for the objectives achievement - aim – agreed with the patient; d) Research methodology and the statistics to evaluate the methodological efficacy of the therapeutic tool. The statistic studies of the Inventary (ILOP) showed reliability by the Cronbach Alpha of all the factors of a good level of internal consistency in general. Both the validation of criteria and the content show positive results.

Key words
Objectives psychotherapy feedback outcome

La construcción del Inventario de Logro de Objetivos en Psicoterapia (LOP; Szprachman, 2005) es producto de una ardua tarea de investigación científica, que ha sido posible merced a la participación de un gran número de profesionales. Surge de la necesidad de construir un instrumento que evalúe la evolución del tratamiento y que sirva de *feedback* tanto al terapeuta y supervisor como al propio consultante. La elaboración del ILOP tiene por objetivo hacer de "puente" entre la teoría de la técnica del logro terapéutico propuesta por el Centro de Terapias Breves cuyo modelo marco es el modelo de Terapia Breve Modelo MRI de Palo Alto y los índices empíricos correspondientes.

RESULTADOS ALCANZADOS EN L CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL ILOP

Se presentan a continuación los resultados alcanzados de construcción y validación del ILOP, luego de haber sido aplicado a la muestra de consultantes.

1. Características sociodemográficas de la muestra: 82 sujetos de población clínica, residentes en la Ciudad y en la Provincia de Buenos Aires. 80% de los sujetos no supera los 13 meses de tratamiento. Los consultantes son adultos de 34 años promedio (D.E. = 13.3) con una edad mínima de 12 y máxima de 68 años. Los sujetos de la muestra son femeninos en un 76.8 %. El 22,5% de los individuos ha completado sus estudios secundarios, el 18.3% ha realizado estudios terciarios y el 52.1% posee nivel universitario completo o incompleto. El estado civil, el 63,7% de los sujetos es soltero, el 35% es casado y sólo un 1.3% separado o divorciado.

2. Procedimientos estadísticos realizados: los análisis realizados fueron los siguientes:

• Análisis estadísticos descriptivos para todas las variables —media, desvíos, moda, mediana, puntajes máximos y mínimos, etc.—. • Análisis de frecuencia de respuesta.

• Análisis factorial de primer orden —Método: Componentes Principales. Rotación: Varimax con normalización Kaiser—. • Análisis factorial de segundo orden —Método: Componentes Principales. Rotación: Varimax con normalización Kaiser—. • Análisis de confiabilidad —coeficiente Alpha de Cronbach—.• Pruebas de diferencias entre grupos, en función del tiempo de tratamiento y las variables psicológicas evaluadas por el terapeuta y el supervisor. Se utilizó la *Prueba U* de Mann-Whitney —prueba no paramétrica de diferencias entre medianas, para muestras independientes—.

3. Calidad psicométrica del instrumento: el resultado del análisis estadístico descriptivo de las variables se realizó únicamente sobre la sección cuantificable del I*nventario a completar por terapeuta y supervisor* y arroja una distribución relativamente normal para las distintas medidas completadas tanto por el consultante como por el terapeuta y el supervisor.

4. Análisis factorial: estructura interna del instrumento: para el análisis factorial de primer orden (subtítulo), realizado sobre el total de los ítems del *Inventario de administración para el consultante*, se escogió el método de Componentes Principales con rotación Varimax y criterio Kaiser de normalización. La estructura factorial obtenida (KMO=689; Test de Esfericidad de Bartlett: x2=753.130; p=000) conserva 21 reactivos que reciben apropiada carga de factor (e"0,40), explicando el 56% de la varianza siendo el Factor I el responsable del 20%. A

continuación se detallan los ítems correspondientes a cada Factor, con su respectivo pesaje; sólo se incluyen los reactivos con pesajes iguales o superiores a 0,40.

FACTOR I – Motivación (MO) R1) ¿Se siente satisfecho con los logros de su tratamiento? (vf ,78) R6) Su manera de ser actual, ¿lo ayuda a encontrar soluciones apropiadas? (vf ,53) R9) ¿Considera que está solucionando el problema por el que consulta? (vf ,64) R11) ¿Observa usted que alguna vez se encuentra sin ganas de asistir a terapia? (vf ,48) R13) ¿Considera usted que actualmente está resolviendo eficazmente los problemas por los que consulta? (vf ,80) R17) ¿Piensa que empieza a realizar conductas cercanas a su objetivo terapéutico?(vf ,82) R20) ¿Ha disminuido el malestar desde su consulta inicial a la fecha? (vf ,72).

FACTOR II – Soluciones inapropiadas con asunción de responsabilidad propia (SI)

R2) Su conducta, ¿lo llevó a aplicar soluciones inapropiadas? (vf ,83) 7) Sus pensamientos actuales, ¿lo llevan a aplicar soluciones inapropiadas? (vf ,87) R12) Sus emociones actuales, ¿lo llevan a aplicar soluciones inapropiadas? (vf ,89).

FACTOR III – Malestar auto-evaluado (MA) R3)Con el grado de malestar que tiene ahora, ¿solicitaría turno para iniciarlo hoy?(vf ,89) R8) ¿Ha intentado nuevas soluciones para resolver su problema a partir del tratamiento?(vf ,40) R14)¿Cuál es el grado de malestar por el que hoy usted asiste? (vf ,76)R16)Las circunstancias actuales, ¿le impide la selección y aplicación de soluciones apropiadas?(vf ,56)

FACTOR IV – Malestar atribuido al medio (MAM) R4) ¿Qué malestar le genera a usted actualmente la actitud de sus allegados frente a su problema? (vf ,82) R15) ¿Le genera malestar actualmente la conducta de sus allegados frente a su problema? (vf ,80) R18) Las actitudes presentes de sus allegados, ¿lo llevan a aplicar soluciones inapropiadas? (vf ,72)

FACTOR V – Soluciones del entorno a la reducción del problema (SE) R5) La manera de ser de sus allegados, ¿lo ayuda a encontrar soluciones apropiadas? (vf ,47) R10) ¿Contribuye su entorno actualmente a la reducción de su malestar? (vf ,76) R19) ¿Colaboraría a la reducción de su malestar el que su objetivo sea aceptable para sus allegados? (vf ,59) R21) ¿Actualmente algún miembro de su entorno sufre tanto o más que usted por el problema? (vf ,78)

Análisis factorial de segundo orden: Habiendo obtenido los resultados expuestos anteriormente, se procedió a la realización de un análisis factorial de segundo orden. Este examen demostró que los Factores iniciales tienen la capacidad de reagruparse en dos Factores mayores sin perder su capacidad explicativa (Porcentaje de varianza: 53%). MO : Componente 1 =-,264 y 2 = ,780; SI: Componente 1 = ,588 y 2 = ,108; MA: Componente 1 = ,653 y 2 = -,234; MAM: Componente 1 = ,756 y 2 = 5,984E-02; SE: Componente 1 = ,262 y 2 = ,699. De este segundo análisis factorial surge claramente que este instrumento posee la capacidad de agruparse en dos factores mayores: la primera de las cuales admite tres agrupamientos y la segunda dos. Así, el esquema de escalas y subescalas queda conformado de la siguiente manera:

ESCALA I - Soluciones Mantenedoras del problema (SMP): SUBESCALA II - Soluciones inapropiadas con asunción de responsabilidad propia (SI); SUBESCALA III - Malestar auto-evaluado (MA); SUBESCALA IV- Malestar atribuido al medio (MM)

ESCALA II - Recursos Positivos (RP): SUBESCALA I - Motivación (MO); SUBESCALA V – Soluciones del entorno a la reducción del problema (SE)

Conclusiones de tal agrupabilidad: La discriminación de la agrupabilidad de las respuestas tanto en las dos escalas como en sus correspondientes subescalas, muestra la coherencia ecológica de los reactivos de ILOP con el del modelo terapéutico de que emerge. Efectivamente la presencia de RP (escala II), permitirá con su implementación la interrupción del circuito sostenedor del problema. En esta escala tanto la MO, cuanto las SE contribuyen como aportes necesarios para la interrupción de las soluciones mantenedoras del problema. Actúan de reguladores de los RP, las SMP con las subescalas: SI; MA y MM.

Así a menores recursos, mayores soluciones sostenedoras del problema y viceversa.

5. Análisis de confiabilidad por Alpha de Cronbach: el resultado del análisis de confiabilidad para el Factor I MO indica un muy buen nivel de consistencia interna, demostrando que los sujetos responden de manera consistente a los ítems de esta subescala (Alpha: 0,81). El Factor II SI, presenta un excelente nivel de consistencia interna. Los individuos responden de forma muy consistente a los ítems que forman esta subescala (Alpha: 0,87). Por su parte, el Factor III MA y el Factor V SE muestran un nivel relativamente adecuado, lo cual señala que los sujetos responden de manera relativamente consistente a los reactivos de estas subescalas (Alpha: 0,63 en cada caso).Finalmente, el Factor IV MM presenta un muy buen nivel consistencia interna. Los individuos responden de manera consistente a los ítems que conforman esta subescala (Alpha: 0,80).

6. Análisis de las relaciones entre variables: validez criterial: para la realización de este examen se utilizó la *Prueba U* de Mann-Whitney. Se examinaron las vinculaciones entre el logro de objetivos y las variables cuantificables respondidas por terapeuta y supervisor, arrojando los resultados positivos. Los consultantes, que desde la perspectiva del terapeuta o supervisor están resolviendo eficazmente sus problemas, son quienes obtuvieron los mayores puntajes en la dimensión MO y los menores en MA. Cabe destacar que las valoraciones de los terapeutas y el supervisor acerca del progreso terapéutico, pueden considerarse como un criterio externo que aporta datos sobre la validez del constructo del inventario, respondido por el paciente.

7. Validez de contenido: la validez de contenido es el resultado de la valoración realizada por jueces expertos en evaluación psicológica y en terapias breves. El resultado del análisis de contenido mostró que, los reactivos seleccionados por análisis factorial resultan tener buena valoración por parte de estos jueces. A continuación se presenta el resultado de la evaluación que jueces expertos han llevado a cabo de cada uno de los ítems. La tarea del juez consistía en decidir el grado de adecuación del ítem a la definición conceptual. Asimismo, se le pedía que valore cada ítem o pregunta (parte cualitativa) sugiriendo modificaciones. Factor I, MO: desde la opinión de la mayoría de los jueces expertos los ítems 1, 6, 9,y 11 son muy buenos. El 13 no es del todo bueno. El 17 y el 20 son adecuados pero nada destacables. Factor II, SI: desde la opinión de la mayoría de los jueces todos los reactivos son muy buenos. Factor III, MA: desde la opinión de la mayoría de los jueces los reactivos 3, 8 y 16 son muy buenos y el 14 es adecuado pero nada destacable. Factor IV, MM: desde la opinión de la mayoría de los jueces los reactivos 15 y 18 son muy buenos y el 4 es adecuado pero nada destacable. Factor V, SE: desde la opinión de la mayoría de los jueces los reactivos 5 y 21 son muy buenos; el 10 y el 19 son adecuados pero nada destacables. Respecto del Inventario de administración para el consultante —parte cualitativa— y del Inventario a completar por terapeuta y supervisor, los jueces comentaron que las preguntas les resultaron *claras y comprensibles* y no sugirieron modificación alguna a las mismas, ni agregados o eliminación de pregunta alguna.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados aquí presentados, se concluye que las escalas y subescalas del ILOP evidencian correctos índices de validez y confiabilidad. La relación que las dimensiones estudiadas 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. El ILOP es un instrumento muy trabajado, estudiado y una herramienta de gran ayuda. se debería seguir indagando el potencial del ilop en los aspectos del feedback: a) al terapeuta cuanto al consultante, en relación con la eficacia-efectividad en los resultados, b) al terapeuta en formación y en la formación continua para contribuir a optimizar la dirección de la terapia y los resultados, c) uso del feedback para maximizar el acotamiento del tiempo conservando los resultados así como lograr mayor adherencia al tratamiento en casos difíciles (Lambert , 2001), d) evaluar el cambio clínicamente significativo del tratamiento (Jacobson), f) sistematizar la relación dosis-respuesta en los tratamientos que debiera estar debiera estar relacionado con a) (Howard, 1986; Howard, 1996).

BIBLIOGRAFÍA:

· Howard Kenneth I., Kopta Mark S., Krause Merton S., Orlinsky David E. 1986. The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. American Psychologist Vol. 41, N° 2, 159-164.

· Howard Kenneth I, Moras Karla, Brill Peter L., Martinovich Zoran; Lutz Wolfgang. 1996. Evaluation of Psychotherapy. American Psychologist Vol. 51, N° 10, 1059-1064.

· Jacobson Neil S., Truax Paula. 1991. Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 59. N° 1, 12-19.

· Lambert, Michael J.; Whipple, Jason L.; Smart, David W.; Vemeersch, David A; Hawkin, Eric J. (2001). Los efectos de brindarle a los terapeutas el feedback acerca progreso del paciente durante la psicoterapia: ¿se mejoran los resultados? en Psychotherapy Research, 11, 49-68.

· Szprachman, R. (2003). TERAPIA BREVE - Teoría de la técnica. Editorial Lugar. Buenos Aires. Segunda edición 2005. Editorial Lugar. Buenos Aires.

· Weakland J. Fisch, R., Watzlawick, A., Bodin, M. (1977) Brief Therapy: Focused Problem Resolution en Warzlawick, P., Weakland, J. Interaccional View. W. W. Norton & Company. New York. London