



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL WORKING ALLIANCE INVENTORY (WAI-P)
VERSIÓN PACIENTE EN LIMA METROPOLITANA

Línea de investigación:

Evaluación psicológica y psicométrica

Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología con mención
en Psicología Clínica

Autor:

Jaramillo Mamani, Rudy Armado

Asesor:

Hervias Guerra, Edmundo Magno
(ORCID: 0000-0002-5395-1518)

Jurado:

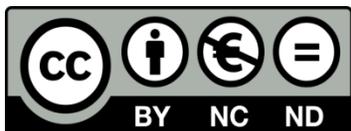
Figueroa Gonzáles, Julio Lorenzo
Del Rosario Pacherres, Orlando
Franco Guanilo, Roxana Lorena

Lima - Perú

2022

Referencia:

Jaramillo, R. (2022). *Validez y confiabilidad del Working Alliance Inventory (WAI-P) versión paciente en Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5744>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL WORKING ALLIANCE INVENTORY (WAI-P)

VERSIÓN PACIENTE EN LIMA METROPOLITANA

Línea de investigación:

Evaluación Psicológica y Psicométrica

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con mención en
psicología clínica

Autor:

Jaramillo Mamani, Rudy Armado

Asesor:

Hervias Guerra, Edmundo Magno
(ORCID: 0000-0002-5395-1518)

Jurado:

Figueroa Gonzáles, Julio Lorenzo
Del Rosario Pacherras, Orlando
Franco Guanilo, Roxana Lorena

Lima- Perú

2022

Dedicatoria

Por sobre todas las cosas a mi familia, mi madre por su incondicionalidad, mi hermana por su apoyo, ante todo. A mis sobrinas Janis y Alisha, y desde otro plano no terrenal, a mi padre que donde sea que esté lo tengo presente.

Agradecimientos

A mi mamá por su paciencia y labor en el hogar, por el amor incondicional y su fortaleza ante las adversidades. A mi hermana Carmen, por estar siempre presente y dispuesta a apoyarme. A Cinthia por el apoyo y motivación brindada en el proceso del trabajo de investigación. Al Dr. Edmundo Hervias, asesor del presente estudio, por la innegable ayuda y paciencia durante el proceso, así como los aprendizajes inestimables.

Índice

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Lista de tablas.....	vi
Lista de figuras.....	vii
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Descripción y formulación del problema.....	11
1.2. Antecedentes.....	13
1.3. Objetivos.....	15
1.4. Justificación.....	16
II. MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	18
III. MÉTODO.....	29
3.1. Tipo de investigación.....	29
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	29
3.3. Variables.....	29
3.4. Población y muestra.....	30
3.5. Instrumento.....	32
3.6. Procedimientos.....	33
3.7. Análisis de datos.....	34
3.8. Consideraciones éticas.....	34
IV. RESULTADOS.....	36
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	42
VI. CONCLUSIONES.....	45
VII. RECOMENDACIONES.....	46
VIII. REFERENCIAS.....	47
IX. ANEXOS.....	55

Índice de tablas

Número		Página
1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	32
2	Evidencias de validez basadas en el contenido a través del coeficiente V-Aiken	36
3	Índices de bondad de ajuste	37
4	Cargas factoriales del modelo 2	39
5	Confiabilidad por consistencia interna	40
6	Baremos de la alianza terapéutica versión paciente	40

Índice de figuras

Figura		Página
1	Modelo de ecuaciones estructurales del modelo propuesto	38

Resumen

Objetivo: Determinar la validez y confiabilidad del Working Alliance Inventory (WAI-P) versión paciente en Lima Metropolitana. **Método:** El estudio fue de tipo no experimental y de diseño instrumental. **Resultados:** Se evidenció que mediante cinco jueces expertos se encontraron valores superiores en la V-Aiken ($>.80$), asimismo, mediante un análisis factorial confirmatorio se llegó a la respecificación de un modelo de 3 factores con 20 ítems, ello en una muestra de pacientes que acuden a terapia ($n = 302$) de ambos sexos, entre las edades de 18 a 51 años., donde se obtuvo índices adecuados ($\chi^2 = 451$, $df = 149$, $p = <.001$, $CFI = .921$, $TLI = .909$, $SRMR = .039$, $RMSEA = .080$). Por último, se encontraron valores buenos en confiabilidad por consistencia interna $\alpha = .955$; $\omega = .957$). **Conclusiones:** Se encontró que la validez y confiabilidad del WAI-P posee un alto grado de propiedades psicométricas bajo una muestra de pacientes en Lima Metropolitana.

Palabras clave: Alianza terapéutica, validez, confiabilidad, propiedades psicométricas, pacientes.

Abstract

The objective of the research was to know the validity and reliability of the Working Alliance Inventory (WAI-P) patient version in Metropolitan Lima. The study was non-experimental and instrumental in design. On the other hand, the results showed that by means of five expert judges higher values were found in the V-Aiken ($> .80$), likewise, by means of a confirmatory factor analysis, a 3-factor model with 20 items was respecified, this in a sample of patients who attend therapy ($n = 302$) of both sexes, between the ages of 18 to 51 years, where adequate indices were obtained ($\chi^2 = 451$, $df = 149$, $p = <.001$, $CFI = .921$, $TLI = .909$, $SRMR = .039$, $RMSEA = .080$). Finally, good reliability values were found due to internal consistency $\alpha = .955$; $\omega = .957$). It is concluded that the validity and reliability of the WAI-P has a high degree of psychometric properties under a sample of patients in Metropolitan Lima.

Keywords: Therapeutic alliance, validity, reliability, psychometric properties, patients.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el consenso respecto a la relevancia de la relación terapéutica en los objetivos alcanzados en el tratamiento, pueden ir más allá de la corriente terapéutica en la que se basa la intervención terapéutica. En nuestro contexto peruano existe poca investigación o casi nula respecto a la Relación terapéutica y mucho menos instrumentos validados que se puedan usar. En esta investigación se buscó evidenciar la validez y confiabilidad del “Working Alliance Inventory” en su versión pacientes, para Lima metropolitana, debido a ello, es que este inventario forme parte de instrumentos de futuras investigaciones relacionadas al ámbito terapéutico.

En el capítulo uno, se plantea el problema de investigación y cuáles son las razones que motivan al desarrollo del presente trabajo; así como cuáles son los objetivos que los sustentan. En el segundo capítulo, de la presente investigación se trata la base teórica en el que se sostiene, es decir la información referente a la relación terapéutica/Alianza terapéutica y sus componentes. Además, ofrece especificaciones sobre qué es la validez y confiabilidad. El tercer capítulo, trata sobre el diseño de investigación, la característica de la población adolescente, las variables de estudio, el instrumento de medición y los procedimientos de recolección de datos. En el cuarto capítulo se puede dar lectura de los Resultados, capítulo denominado Discusión. Con el análisis previo de los hallazgos obtenidos, se precisa el sexto y séptimo capítulo correspondiente a conclusión y recomendaciones- planteados en el ámbito concerniente al ámbito clínico y metodológico-, respectivamente. Finalmente se da a conocer las referencias utilizadas y los anexos, para el cumplimiento de los aspectos de plan investigativo.

1.1. Descripción y formulación del problema

Un aspecto importante en el contexto terapéutico es la relación y/o alianza terapéutica, Krause (como se citó en Fernández et al., 2009) piensa que existen desarrollos que señalan que la ausencia de un ajuste emocional o sintonía (sentimiento de empatía y de confianza hacia el terapeuta) coloca en riesgo el cambio terapéutico y, a menudo, acarrea una ruptura en la relación terapéutica. Es por ello que pensar en una psicoterapia sin el componente de la relación interpersonal terapeuta y paciente, es imposible (Corbella y Botella, 2003).

En los últimos veinte años, ha habido investigaciones respecto al proceso terapéutico, siendo la alianza terapéutica uno de los más estudiados. Frente a ello los estudios se han direccionado a analizar su relación con una mejora de los síntomas, abandono de terapia y las características de los terapeutas y paciente (Corbella y Botella, 2004). La alianza terapéutica registrada en las primeras sesiones, indica que es un mejor predictor para el resultado de la finalización de la terapia, a diferencia de la fase intermedia (Horvath y Luborsky, 1993; Horvath y Symonds, 1991). Por ello las investigaciones se dirigen a la evaluación de la alianza terapéutica durante las sesiones iniciales. Es importante destacar que se encontró en algunas investigaciones, que la alianza terapéutica explicaría el 30% de la mejoría del paciente (Lambert, 1992).

Distintos estudios e investigaciones dan cuenta de la presencia de factores comunes entre diferentes prácticas terapéuticas. Para Garfield y Allen (1994) sostiene que si dos terapias, supuestamente diferentes, obtienen resultados similares o comparables, pues una hipótesis explicativa sería, que estarían operando factores comunes en ambas intervenciones. Dicho factor que se necesita en la díada terapeuta-paciente es llamado “alianza terapéutica”, que estaría presente en el proceso terapéutico (Hartley, 1985).

A pesar de que pueden existir diferencias conceptuales según autores y corrientes terapéuticas, se trata de una relación humana, donde se media o no algunos objetivos comunes. Otro aspecto a tomar en cuenta son las idiosincrasias y culturas de los autores de referencia. Es por ello que, desde nuestro contexto, es importante contribuir en esta materia con estudios de campo actuales que, den cuenta de las características particulares de la relación terapéutica en nuestro contexto local.

En la actualidad, las investigaciones empíricas sobre la alianza terapéutica obtienen importancia, de manera independiente de cuestiones teóricas y profesionales (psicólogo o psiquiatra), que sustenta los tratamientos terapéuticos, ya que la misma influye en los resultados de la intervención (Ackerman y Hilsenroth, 2003; Etchevers et al., 2010). Así pues, existe una relación sólida entre una adecuada alianza terapéutica y un resultado positivo (Horvath y Symonds, 1991).

La relación positiva entre la alianza terapéutica (AT) y los resultados del tratamiento motivó el incremento de estudios que propusieran identificar diferentes factores que contribuyeran a fortalecer la AT (Del Re et al., 2012). Otro motivo por el que ha aumentado las investigaciones sobre la alianza terapéutica, es el problema por hallar una diferencia consistente en la efectividad en la terapia, en función de las orientaciones teóricas. Como resultado de la conclusión de que psicoterapias son generalmente eficaces (Lambert y Bergin, 1994; Smith et al., 1986), diversos autores han indagado factores similares entre terapias, que podrían explicar los resultados de la psicoterapia. Es por ello que los investigadores, comenzaron a definir la alianza terapéutica como factor común en las distintas psicoterapias; llegando incluso a manifestar que la calidad de la alianza terapéutica, sería más importante que el tipo de intervención en la predicción de los resultados positivos de la terapia (Safran y Muran, 1995).

Considerando la importancia e influencia que tiene la relación terapéutica tanto en la teoría como en la práctica, se observa que no existen o si lo hay deben ser escasos, el número de investigaciones respecto al tema ya mencionado, dicho cuestionamiento podría tener respuesta en la ausencia de instrumentos de medición, con soporte empírico que permitan medir dicha variable en nuestro particular contexto.

Por ello se ha observado en atender la necesidad de revisar la validez y confiabilidad del inventario de alianza terapéutica (Working Alliance Inventory) en Lima metropolitana, para posteriores investigaciones, así pues, resulta relevante visibilizar, analizar esta temática y sentar las bases para que se abra el camino a nuevos territorios de atención, entendiendo que la relación que se establece entre terapeuta y paciente es importante para el proceso y los resultados que se obtengan a través de la psicoterapia.

Por lo anterior, la pregunta de investigación que se plantea este estudio es: ¿Cuáles son las características psicométricas de validez y confiabilidad del “Inventario de Alianza Terapéutica” en personas mayores de 18 años en Lima Metropolitana?

1.2. Antecedentes

1.2.1 Investigaciones Nacionales

En la actualidad no se ha encontrado investigación referente a la relación terapéutica y mucho menos escalas que midan esa variable en el contexto peruano. Precisamente un paso importante para el avance del estudio en el proceso terapéutico es conocer las propiedades psicométricas de esta prueba para futuras investigaciones en el campo terapéutico como lo es la Alianza terapéutica.

1.2.2 Investigaciones Internacionales

En Brasil, Serraita et al. (2020) elaboraron una investigación de diseño instrumental, teniendo como objetivo revisar las propiedades psicométricas de la escala en Brasil. Por ello, la muestra estuvo conformada por pacientes ambulatorios que reciben terapia psicoanalítica ($n= 201$) entre las edades de 18 a 67 años. Los resultados indicaron que mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC), se obtuvo un óptimo modelo ($X^2 = 80.79$, $(df) = 47$, NNFI = .955; CFI = .968, RMSEA = .061), obteniendo valores óptimos en las cargas factoriales mayores a .70. Por último, la fiabilidad de las puntuaciones de la escala obtuvo un valor bueno en el total de la escala ($\alpha = .935$). Se concluye, que bajo una muestra clínica las puntuaciones de la escala poseen adecuadas propiedades psicométricas en validez y confiabilidad.

En Holanda, Paap et al. (2018) realizaron una investigación psicométrica que tuvo como objetivo el determinar el desarrollo y validación de la escala, pero en una muestra de pacientes rehabilitados. La muestra estuvo compuesta por pacientes con consumo de alcohol ($n = 138$) entre las edades de 25 a 75. Los resultados indicaron que mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC) se logró un modelo óptimo para la validez de constructo ($X^2 = 128,9$, $(df) = 51$, $p = 0.001$, TLI = .900; CFI = .920, RMSEA = .010). Por otro lado, la confiabilidad de las puntuaciones de la escala obtuvo un valor bueno en el total de la escala ($\alpha = .927$). Se concluye, que bajo una muestra clínica en pacientes con adicciones las puntuaciones de la escala poseen adecuadas propiedades psicométricas en validez y confiabilidad.

En Estados Unidos, Santirso et al. (2018) realizaron una investigación instrumental con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas y la estructura factorial de la escala bajo una muestra de infractores de violencia hacia la pareja. La muestra estuvo compuesta por hombres bajo

condena de violencia familiar ($n = 140$). Por otro lado, los resultados evidenciaron que mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC) se logró un modelo óptimo para la validez de constructo ($PSR = 1.01$, $DIC = 1.377$, $DICc = 1.358$, $Pd = 27.45$, $BIC = 1.292$). Por otro lado, la confiabilidad de las puntuaciones de la escala obtuvo un valor bueno en el total de la escala ($\alpha = .960$). Se concluye, que bajo una muestra clínica en pacientes con violencia de género las puntuaciones de la escala poseen adecuadas propiedades psicométricas en validez y confiabilidad.

En España, Andrade-González y Fernández-Liria (2015) realizaron una investigación instrumental, donde el objetivo fue adaptar los formularios breves del Inventario de Alianzas de trabajo al idioma español para pacientes, teniendo como muestra a pacientes bajo tratamiento psicoterapéutico ($n = 36$). Los resultados evidenciaron que bajo el análisis factorial confirmatorio (AFC) se obtuvo un adecuado modelo ($X^2 = 101.8$, $(df) = 42$, $p = 0.001$, $TLI = .980$; $CFI = .976$, $RMSEA = .004$). Por otro lado, la confiabilidad de las puntuaciones de la escala obtuvo un valor bueno en el total de la escala ($\alpha = .860$). Se concluye, que bajo una muestra clínica en pacientes con tratamiento psicoterapéutico las puntuaciones de la escala poseen adecuadas propiedades psicométricas en validez y confiabilidad.

1.3. Objetivos

Objetivo General

- Determinar la validez y confiabilidad del Working Alliance Inventory (WAI) versión paciente en Lima Metropolitana.

Objetivos Específicos

- Obtener las evidencias de validez de contenido mediante el método de jueces expertos del Working Alliance Inventory (WAI) versión paciente en Lima Metropolitana.
- Obtener las evidencias de validez de estructura interna por medio del análisis factorial confirmatorio (AFC) del Working Alliance Inventory (WAI) versión paciente en Lima Metropolitana.
- Obtener la fiabilidad por medio del método de consistencia interna y a través del coeficiente alfa y omega del Working Alliance Inventory (WAI) versión paciente en Lima Metropolitana.
- Realización de baremos del Working Alliance Inventory (WAI) versión paciente en Lima Metropolitana.

1.4. Justificación

Una investigación puede ser conveniente por distintas razones y de las innumerables razones que puedan existir, la presente investigación pretende formular nuevas inquietudes y avivar el espíritu investigador de los futuros profesionales respecto a los instrumentos que miden o dicen medir la relación terapéutica, sobre todo en un contexto donde no se ha profundizado en cuanto a investigaciones se refiere, ni explorado esa dinámica entre terapeuta-paciente, de esta manera se profundizaría sobre aspectos que quizá no se toman en cuenta en la relación terapéutica.

A nivel metodológico, la presente investigación constituyó un aporte en el ámbito tecnológico de la psicometría en Lima-Perú, ya que ofrece una herramienta de evaluación que, cuenta con niveles de validez y confiabilidad significativos, sus propiedades psicométricas

facilitan la medición de la relación terapéutica. Así pues, se colabora y se actualiza instrumentos en el campo clínico, con conocimientos actuales y vigentes para los siguientes profesionales de la salud psicológica.

Asimismo, al contar con un instrumento acorde a las características de la población de estudio, no sólo sirve para identificar la relación terapéutica, de terapeuta-paciente, sino que, también contribuye en el valor teórico para las nuevas investigaciones, respecto a las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory (WAI).

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 Alianza terapéutica

El concepto de alianza terapéutica ha sido utilizado como explicación en la relación terapeuta y paciente durante el proceso terapéutico. Puede decirse que “la alianza terapéutica y el paciente trabajan juntos en armonía” (Weinberg, 1996, p. 130). Así pues, es diferente de la sola presencia de la relación terapeuta-paciente, en la que no se ha logrado una alianza terapéutica entre ambos actores (Zetzel, 1956).

Los términos alianza terapéutica, alianza de trabajo y alianza de ayuda, han sido usados en el pasado como sinónimos o para señalar los aspectos específicos de la alianza (Horvath y Luborsky, 1993), razón por la cual el concepto de la alianza terapeuta-paciente refiriéndose indistintamente a los constructos antes mencionados.

2.1.2 Antecedentes históricos

La teorización de Freud (1912) respecto al término “transferencia” componen el antecedente histórico principal del concepto de alianza terapéutica. Así pues, se conceptualiza la transferencia como motor del tratamiento (aspecto positivo) y como obstáculo (aspecto negativo), así como en la relación con las figuras parentales del paciente (repetición).

El Psicoanálisis tuvo un fuerte impacto en USA y su adaptación a dicha cultura y sociedad originaron aportes en los artículos de Sigmund Freud, dando lugar a la Psicología del yo, corriente fundada por Anna Freud. Es en el seno de esta escuela donde se dio la génesis del concepto alianza terapéutica. (Bibring, 1937; Zetzel, 1956). Zetzel (1956) diferenció los conceptos de

“transferencia” y “alianza” puntualizando que ésta última es el componente no-neurótico, que viabiliza el insight y el uso de la interpretación por parte del terapeuta para discriminar entre las experiencias del paso, con la relación real con el terapeuta.

La alianza terapéutica es fundamental para que una intervención sea efectiva, entendiéndolo como una relación positiva entre el analista y paciente, que permitiría un adecuado y productivo trabajo de análisis (Zetzel y Meissner, 1973).

Así mismo, Greenson (1967) define la alianza como una relación racional y no neurótica que está presente en el paciente frente a su analista.

Del mismo modo, Hartmann (1960) sustenta que es necesaria un “área libre de conflictos” para que se produzca una alianza. Strupp (1973) por su parte sostiene que la alianza no solo es determinante en la psicoterapia psicoanalítica, sino que puede influir en la efectividad de otras intervenciones, considerándolo así un constructo panteórico.

Dentro de la corriente psicoanalítica norteamericana, Hartley (1985) definió la alianza terapéutica una sumatoria de la “relación real” y la “alianza de trabajo”. La primera alude al vínculo de terapeuta-paciente, mientras que la segunda se refiere a la capacidad para que ambos trabajen en conjunto de acuerdo a los objetivos previstos.

El autor que ha influido con mayor peso ha sido Bordin (1979) quien ha definido la alianza terapéutica como un constructo multidimensional, en el que existen tres componentes: Acuerdo en las tareas, vínculo positivo, y acuerdo en los objetivos.

Asimismo, Luborsky (1976) señala dos tipos de alianza según la fase o etapa de la terapia (I y II). La primera se da en el contexto del inicio de terapia y refiere a la sensación de apoyo del

terapeuta hacia el paciente, y la segunda se da en fases posteriores y alude a la sensación de trabajo conjunto.

2.1.3 Alianza Terapéutica

El componente que ha creado mayor interés entre los investigadores es la alianza terapéutica (Gelso y Carter, 1994). Bordin (1976) la definió como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos. Las tareas hacen alusión a las acciones que forman parte del trabajo en el proceso de terapia. Estas tareas serían relevantes para la mejoría siendo una importante para el establecimiento de la alianza. También el acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos a alcanzar, y compartir confianza mutua y aceptación, siendo esenciales para una buena alianza.

A pesar de la importancia atribuida a la alianza terapéutica, Bordin (citado en Horvath y Luborsky, 1993) afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico.

Bordin (1979) redefinió la alianza terapéutica, sin muchos cambios, como el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretender inducir un cambio. Su formalización incluye la presencia de tres componentes o dimensiones:

- a) **El vínculo terapeuta-paciente;** que abarcaría una red de nexos positivos entre paciente y terapeuta, que incluiría factores como la confianza, aceptación y empatía. (Fernandez-liria y Rodriguez, 2001).

- b) **Acuerdo en los objetivos;** se refiere al acuerdo respecto a los objetivos del tratamiento, donde existe por supuesto, el consentimiento referente a lo que se quiere lograr con la intervención.
- c) **Acuerdo en las tareas;** consiste en las actividades a realizarse, además del acuerdo sobre los medios para lograr los objetivos planteados. Es por ello que para dar cuenta que una relación terapéutica adecuada esté funcionando, se caracterizaría que el terapeuta y paciente perciban la relevancia de las tareas y actividades planteadas.

Corbella y Botella (2003) manifiestan que la definición de Bordin permitió que las principales escuelas psicoterapéuticas se sintiesen cómodas con un concepto que resulta común a todas ellas, por lo que Bordin además de incrementar la trascendencia del constructo alianza terapéutica, permitió que éste consiguiera un carácter transteórico.

Según Horvath (1994), lo que planteaba Bordin, era un puente entre la alianza terapéutica y los procesos de cambio, subrayaba el rol de colaboración del paciente durante el proceso terapéutico. La idea era que: a) el grado de éxito en las diferentes terapias (orientadas a la disminución de conductas problemáticas, sentimientos no funcionales y pensamientos disruptivos), reside en la alianza, lo que ocurría irremediabilmente durante el proceso terapéutico y b) el éxito de los patrones disfuncionales, facilitará nuevas formas de acción, de pensar y sentir, que incluso podrían extrapolarse a distintos contextos de la propia vida. Por lo tanto, la relación terapéutica, es una asociación que se caracteriza por una colaboración activa. Así pues, esa mutua colaboración constituiría un aspecto central en el proceso y desarrollo de la alianza terapéutica como del cambio terapéutico (Horvath, 1994).

En publicaciones posteriores, Bordin (1994) aclaró ciertas dudas acerca de las características que componen la alianza terapéutica. Lo referente a las tareas, serían las acciones en concreto que llevarían a fomentar el cambio terapéutico en el paciente. Respecto al objetivo, lo ejemplifica de la siguiente manera: “mi intención es ayudarle (al paciente) a perdonar a sus padres, para que así pueda vivir de manera más plena el aquí y ahora”. El vínculo, es percibido por el paciente como el respeto, confianza, compromiso y comprensión mutua de las actividades terapéuticas. Dicho vínculo podría incrementar como resultado de la experiencia en la participación de las actividades tanto del paciente como del terapeuta.

En el enfoque clínico conductual, la relación terapéutica ha sido comprendida en diversas ocasiones desde la postura de Bordin (Bados-López y García-Grau, 2011), al respecto, Burckell y McMain (2011) y Richardson-Vejlgaard et al. (2013) la definen como un acuerdo entre el paciente y el terapeuta en las metas, las tareas y en el desarrollo del vínculo; por su parte, Saldaña (2012) indica que es un potente predictor de los resultados del tratamiento en cuanto al cambio conductual. Por último, Kazantzis, et al. (2013), comentan que la relación terapéutica es comúnmente asociada con los conceptos de ‘colaboración terapéutica’ o ‘alianza de trabajo’, e indican que la propuesta de Bordin “es transversal a los diversos paradigmas psicológicos, centrándose en un ‘vínculo fuerte entre el cliente y el terapeuta y el acuerdo mutuo en los objetivos y las tareas de terapia” (p. 5).

En el enfoque conductual se han gestado diversas formas de comprensión sobre la relación terapéutica que no están basados en la postura de Bordin y que enfatizan en la utilidad que tiene la relación entre el terapeuta y el consultante para la modificación de las conductas problemáticas. Entre estas definiciones, en la Psicoterapia Analítico Funcional (PAF), Hopko y Hopko (1999) refieren que “constantemente, el mecanismo de cambio es la relación terapéutica, en el que el terapeuta PAF modela el comportamiento a través de aproximaciones de refuerzo diferencial hacia

comportamientos interpersonales más efectivos” (p. 350), mientras que Valero-Aguayo et al. (2011) mencionan que “ya que el ambiente terapéutico es en esencia la relación terapéutica, PAF se enfoca en lo que ocurre entre el terapeuta y el cliente en el aquí y el ahora” (p. 211).

En el marco de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), Hadjiosif (2013) comenta que la relación terapéutica es una relación en sí misma curativa, y un vehículo colaborativo para el mecanismo del cambio; asimismo, Van-Dijk (2013) indica que “la relación terapéutica se convierte en otra herramienta que usa el terapeuta para ayudar a sus clientes a realizar cambios difíciles” (p. 8).

Finalmente, todas las posturas se encuentran de acuerdo en la necesidad de que el terapeuta ejerza su trabajo de manera ética lo cual implica poder garantizar que todos sus esfuerzos se encuentran orientados hacia la búsqueda del cambio terapéutico, ya bien sea mediante la observación directa en sesión, el diligenciamiento de registros y la aplicación de tests (Martin y Pear, 2008), mediante la identificación de un cambio en el contenido de los sueños, y en el tipo de diálogo que se emite en sesión (Etchegoyen, 1984), o mediante las nuevas dinámicas que surgen en el sistema familiar y su estructura jerárquica (Hernández-Córdoba, 2007). Para concluir, es necesario retomar lo afirmado por Arango-Cammaert y Moreno-Franco (2009) respecto a que gran parte de los enfoques comparten una similar definición sobre el concepto de relación terapéutica, la cual se comprende como una interacción entre dos individuos que se encuentran dentro de un marco terapéutico, teniendo un estilo de relación particular que aprendió en el pasado (p. 143).

2.1.4. Características de la alianza terapéutica

Andrade (2005) nos menciona respecto a estudios llevado a cabo con instrumentos de medida de alianza terapéutica las siguientes particularidades:

- a) La alianza terapéutica como clave del cambio en terapia, siendo así su uso se ha desarrollado en los diversos enfoques psicoterapéuticos.
- b) Es un concepto que ha sido estudiado en lo referente a investigación de procesos, ya que permitiría comprender y trabajar la relación entre el terapeuta y paciente. Además, ha mostrado correlaciones en los diversos enfoques y a través de diversas medidas (Caro, 1993).
- c) No obstante, no hay una definición universal sobre la alianza terapéutica. Se ha llegado a definir en función de la prueba que ha sido utilizada, contribuyendo esa instrumentación a la definición del constructo.
- d) Sin embargo, los instrumentos de medida de la alianza presentan propiedades psicométricas adecuadas.

Se podría afirmar de manera general sobre la relación terapéutica, que se ha dedicado a indagar sobre aspectos como la colaboración, la interacción del terapeuta/paciente, destacando la alianza terapéutica. Así pues, los estudios sobre la alianza terapéutica se han orientado a la influencia de las variables moderadoras, las causas, tipos y resolución de rupturas de la alianza terapéutica y la relación entre la alianza y los resultados de la psicoterapia.

Aspectos psicométricos

La medición se define como proceso de asignar valores a ciertos eventos de la realidad (Kerlinger, 2002).

Este es el proceso de medición que lleva implícito los conceptos de validez y confiabilidad los cuales otorgan a la medición un peso técnico y objetivo (Nunnally y Berstein, 1999).

Validez

La validez es la exactitud, autenticidad, genuinidad y solidez (Salkind, 1999) con que pueden hacerse medidas significativas y además adecuadas con él, en el sentido que midan realmente los rasgos que se pretende medir (Magnusson, 1979). Según los Estándares para la Evaluación Educativa (AERA) (Standards for Educational and Psychological Testing, 1999) advierte que la puntuación obtenida en sí carece de sentido hasta que el examinador realiza inferencias a partir de ella con base en el manual de la prueba u otros hallazgos empíricos.

La validez refiere al conjunto de pruebas y datos que han de recogerse para garantizar la pertinencia de las inferencias obtenidas a través del test que se desea validar (Muñiz, 2003).

El objetivo de los estudios de validez es recoger las suficientes evidencias que pueden prestar una base científica a la interpretación de las puntuaciones en un uso concreto. Estas pueden provenir de diversas fuentes. La importancia otorgada a cada una de ellas dependerá de los objetivos del test, que serán en cada caso los que determinarán las más significativas. Los últimos estándares diferencian entre fuentes relacionadas con el contenido, el proceso de respuesta, la estructura interna, las relaciones con otras variables y las consecuencias del test. Podemos agruparlas en fuentes de evidencia internas y externas. Las primeras suponen un análisis individualizado de los ítems, mientras que las segundas analizan el test en conjunto (Elosua, 2003).

Según Gregory, explica que las diferentes formas de acumular evidencia sobre la validez se han agrupado en tres categorías: Validez de contenido, Validez relacionada con el criterio y Validez de constructo (2012).

Las evidencias de validez de contenido están determinadas por el grado en que las preguntas, las tareas o los reactivos de una prueba son representativos del universo de conducta

para cuyo muestreo se diseñó la prueba. Linehan (en Aragón, 2011) aclara que es una descripción del dominio de conductas de interés. Así mismo Martínez (1996) manifiesta que el objetivo de este tipo de validez es demostrar que los reactivos de la prueba son una muestra representativa de un universo y asegurar un muestreo cuidadoso de un dominio de contenido relevante.

Evidencias de validez de constructo concierne a las pruebas psicológicas que afirman medir atributos psicológicos complejos, multifacéticos y ligados a la teoría, como la psicopatía, la inteligencia y la capacidad de liderazgo, entre otros. El punto crucial a entender acerca de la validez de constructo es que ningún criterio o universo de contenido se acepta como totalmente adecuado para definir la cualidad que debe medirse. Aragón (2011) agrega que la validez de constructo se basa en el significado psicológico del puntaje de una prueba y en la explicación teórica de la ejecución del sujeto. Cuando se indaga la validez de los constructos de las pruebas psicológicas, se intenta saber qué propiedades psicológicas o de otra índole pueden explicar la varianza de esas pruebas, es decir, explicar las diferencias individuales observadas en las puntuaciones del instrumento; así, no se trata solo de validar la prueba, sino que se valida también la teoría la cual descansa.

Análisis de ítems

La Teoría de Respuesta al Ítem es uno de los campos con mayor proyección dentro del ámbito de la medida psicológica y de la educación. La Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) no contradice las asunciones fundamentales de la Teoría Clásica de los Test (TCT) sino que hace asunciones adicionales que permitirán responder a las cuestiones que la TCT no podía.

La TRI aporta un enfoque alternativo a la Teoría Clásica de los Test para analizar las características de los ítems. En otras características, permite analizar la dificultad y discriminación

de los ítems, así como la posibilidad de contestar correctamente. Determina la función de información, que permite valorar la precisión de la estimación que realiza el test. Estos elementos son especialmente útiles en el ámbito de la educación y la personalidad, cuando se trabajan con pruebas objetivas de evaluación y diagnóstico (Matas, 2001).

El índice de discriminación (D) nos dice que un ítem tiene poder discriminativo si distingue entre los sujetos que puntúan alto y los que puntúan bajo en el test (si permite distinguir entre sujetos eficaces frente a ineficaces).

Confiabilidad

Ningún instrumento psicométrico puede considerarse de valor a menos que sea una medida consistente, o confiable, es por ello la necesidad de determinar si puede medir lo que fue diseñada medir (Aiken, 2003). La confiabilidad está conceptualizada de diversas maneras, según Muñiz (2003) la confiabilidad es la tendencia de un objeto o sujeto a la consistencia en un conjunto de medidas para un atributo, por otro lado Martínez (1996), afirma que confiabilidad es una medida que puede medir el mismo atributo más de una vez y producirá el mismo resultado, para Salkind (1999), algo confiable funcionara en el futuro tal como ha funcionado en el pasado, para una conceptualización más práctica se denominara a la confiabilidad como una medida que se mantendrá estable a través del tiempo.

La confiabilidad presenta tres componentes: el puntaje observado que es igual a puntaje verdadero más el puntaje error, también conocido como el modelo de regresión lineal simple.

Aragón refiere sobre la consistencia interna que se refiere a que los reactivos de un instrumento dado son consistentes entre sí en la forma en que evalúan el atributo psicológico propuesto. Es decir que los sujetos que participen de la evaluación tendrán un puntaje alto en los

reactivos que tienden a medir ese atributo y saldrán bajos en los que no lo miden. Para ello se plantea la confiabilidad de división por mitades y consistencia interna de los reactivos individuales.

La confiabilidad de división por mitades se correlacionan los reactivos de la mitad de la prueba con los de la otra mitad (se utiliza para tal fin la fórmula de correlación corregida de Spearman-Brown). Gregory (2012) explica que el método por mitades es complementario al método del test-re-test. La segunda forma de obtener la confiabilidad es midiendo la consistencia interna de los reactivos individuales por medio del Alfa de Cronbach, que se considera como la medida de todas las correlaciones que pudieron obtenerse al dividir la prueba en todas las posibles mitades. El coeficiente Alfa es un índice de la consistencia interna de los reactivos, explica Gregory (2012) y nos referimos a su tendencia de correlacionarse de manera positiva entre sí. Por lo tanto, el coeficiente alfa es una estimación útil de confiabilidad.

En un test psicométrico la falta de confiabilidad, estará en relación con la intervención del error. El error se definiría como cualquier efecto irrelevante para los resultados de la medición que influye sobre la falta de confiabilidad de la medición, así mismo abarca todas esas razones por las cuales el puntaje observado y puntaje verdadero difieren.

Baremos

Los baremos se refieren a la asignación de cada posible puntuación directa (un valor numérico en una determinada escala) que informa sobre la posición que ocupa la puntuación directa (y por tanto la persona que la obtiene) en relación con los que obtienen las personas que integran el grupo normativo donde se bareman las pruebas. Lo más habitual en las pruebas comercializadas es hallar baremos realizados en escala de cantiles o estaninos.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación pertenece a un paradigma cuantitativo puesto que pretende conocer las características psicométricas del Working Alliance Inventory (WAI) en nuestro contexto (Kerlinger y Lee, 2002).

La investigación es de tipo tecnológica psicométrica con análisis de datos descriptivos.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La aplicación se realizó el primer bimestre una vez aprobado el proyecto. La aplicación se efectuó a pacientes que residan en lima metropolitana.

3.3. Variables

Variable relacionada:

Alianza Terapéutica: Elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretender inducir un cambio. Su formalización incluye la presencia de tres componentes o dimensiones: Acuerdos en los objetivos de la terapia, acuerdos en las tareas de la terapia y vínculo emocional entre terapeuta y paciente.

Criterio de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión

- Personas de 18 años a 70 años.
- Personas que se encuentren o hayan llevado terapia.

- Participación voluntaria y haber llenado el consentimiento informado.
- Ambos sexos.
- Residir en Lima Metropolitana.
- Que se encuentren al menos tras la tercera sesión de psicoterapia

Criterios de exclusión

- Personas menores a 18 años y mayores de 69 años.
- Personas que no se encuentren en proceso de psicoterapia
- Personas que no vivan en Lima Metropolitana.
- No haber completado el inventario correctamente
- Personas que no hayan llenado el consentimiento informado.

3.4. Población y muestra

La población está constituida por pacientes mayores de 18 años y menores de 70 años de Lima Metropolitana.

El diseño de la muestra es intencional con criterios de inclusión. La muestra estuvo conformada por 302 paciente residentes en Lima Metropolitana.

Tabla 1*Variables sociodemográficas (n = 302)*

Variables	f	%
Sexo		
Mujer	138	45.7
Hombre	164	54.3
Edad		
18 a 25 años de edad	146	48.3
26 a 35 año de edad	116	38.4
36 a 50 años de edad	33	10.9
51 a más	7	2.3
Estado civil		
Soltero (a)	266	88.1
Casado (a)	27	8.9
Divorciado (a)	8	2.6
Viudo (a)	1	0.3
¿En qué zona de Lima Metropolitana reside?		
Lima este	44	14.6
Lima oeste	12	4.0
Lima norte	55	18.2
Lima sur	133	44.0
Lima centro	58	19.2

Nota. f = Frecuencia, % = Porcentaje

En la tabla 1, se observa los datos de frecuencia y porcentual de los pacientes ($n = 302$). La mayor participación de las personas se dio de pacientes del sexo masculino (54.3%). Después, las edades con mayor participación fueron las de 18 a 25 años con un 48.3%.

Por otro lado, la variable relación, es en donde se observa mayor participación de las personas de condición soltera (34.3%). Por último, los participantes en mayor medida residen en Lima sur (44.0%)

3.5. Instrumento

Inventario de Alianza para el Trabajo, es una prueba que evalúa la relación terapéutica, y tiene tres componentes: el acuerdo terapeuta-paciente con respecto a los objetivos de la psicoterapia; acuerdo terapeuta-paciente sobre las tareas a realizar en psicoterapia; y el vínculo entre el terapeuta y el paciente, que "es probable que se exprese y se sienta en términos de afición, confianza, respeto mutuo y un sentido de compromiso común y entendimiento compartido en la actividad" (Bordin, 1994, p.16). De aplicación individual, y de duración aproximada de 15 minutos. Comprende 36 ítems con modalidad de respuesta de respuesta tipo Likert de 7 puntos, 1 indica Nunca y 7 siempre. En términos de su confiabilidad (consistencia interna), el estudio de desarrollo de WAI (Horvath, 1981) (N = 29 pacientes y 29 terapeutas) reveló que los coeficientes alfa de Cronbach de WAI-P y WAI-T fueron de .93 y .87, respectivamente, mientras que los índices de **confiabilidad** de las subescalas fueron .85-.88 (WAI-P) y .68-.87 (WAI-T). Hanson, Curry y Bandalos (2002) revisaron los estudios que habían utilizado ambas medidas de alianza en inglés y encontraron que los coeficientes alfa medios del WAI-P y el WAI-T fueron de .93 y .91, respectivamente, y los coeficientes alfa medios de las subescalas correspondientes fueron .87-.89 (WAI-P) y .84-.90 (WAI-T).

En cuanto a la validez del constructo, los resultados de una matriz de múltiples rasgos / múltiples métodos construida por Horvath (1981) mostraron la validez convergente de todas las subescalas WAI y parcialmente demostraron la validez discriminante de las subescalas Goal y Task pero no la subescala Bond (Horvath, 1981; Horvath y Greenberg, 1989). Sin embargo, las correlaciones limitadas encontradas por Horvath (1981) entre las tres subescalas de WAI-P y las tres subescalas del Formulario de Calificación del consejero (utilizado por los pacientes para calificar el atractivo, confiabilidad y experiencia del terapeuta) (LaCrosse y Barak, 1976;

LaCrosse, 1980) confirmó la validez discriminante de las tres subescalas de WAI-P (Horvath, 1994). Además, las grandes y significativas correlaciones observadas en estudios posteriores entre WAI-P o WAI-T y otras medidas de alianza proporcionan evidencia adicional para la validez convergente de ambas versiones de WAI. En términos de la estructura factorial de WAI-P y WAI-T, los pocos estudios que lo han considerado han encontrado composiciones factorial diferentes para las dos medidas.

3.6. Procedimientos

Se tomó contacto con uno de los autores del instrumento (en español) para solicitar el permiso correspondiente para el uso de la prueba. Ver anexo 1.

Se realizó un piloto con quince personas, que cumplieron con las condiciones para participar en la investigación, con el objetivo de recoger sus comentarios y apreciaciones sobre el Inventario de Alianza para el Trabajo. A partir de ello se modificó la redacción de algunos ítems del cuestionario.

Para proceder a la aplicación del cuestionario se contactó a centros psicológicos y personas independientes que estuvieran dispuestos a participar en la investigación. Así pues, se les proporcionó el Working Alliance Inventory y el consentimiento informado, mediante formato digital.

Posteriormente se calificó las pruebas, se organizaron los datos; para realizar la base de datos y los análisis estadísticos pertinentes.

Se realizó la interpretación de los resultados, cumpliendo con los objetivos planteados. Por último, se elaboró el informe final de la investigación.

3.7. Análisis de datos

Para la validez de contenido se usó la prueba V de Aiken.

Para el análisis de constructo se usó el análisis factorial confirmatorio haciendo uso de la prueba de esfericidad de Barlett y la medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer- Olkin.

Para obtener la confiabilidad pasó por un proceso de consistencia interna: alfa de Cronbach y omega.

Para determinar la validez de la escala, se recurrió, por un lado, al Análisis Factorial confirmatorio y el Análisis de Componentes Principales, y por otro al análisis de consistencia interna a través de la validez Correlación total de elementos corregida.

3.8. Consideraciones éticas

En primer lugar, como inicio en el proceso de ética, se pidieron los permisos correspondientes al autor de la escala psicométrico, para su uso en el campo de la investigación. Posterior a ello, se resguardo, el principio de salud y de veracidad, dado que ningún participante estuvo expuesto a peligro contra su salud física ni psicológica, asimismo, todos los datos brindados en la presente investigación están normados en el manual APA7, el cual, facilita la adecuada citación y referenciación para no cometer actos de plagio ni copia (APA, 2021).

Como segundo proceso ético del estudio, fue brindarles a los participantes el documento llamando consentimiento informado, dentro de ello, el participante pudo estar informado del objetivo del estudio, y de sus derechos y obligaciones de la investigación y del participante. Por

otro lado, se respetó el derecho a la confidencialidad a los datos personales de cada participante. Por ello, solo se procesó su participación por medio de un código asignado para cada uno ellos, de esa manera, los datos como, sexo, edad, etc.; quedaron registrados de forma anónima (Colegio de Psicólogos del Perú [CPP], 2017).

IV. RESULTADOS

A continuación, se destacarán los resultados principales estipulados por los objetivos específicos del estudio, el cual evidenciarán la validez y la confiabilidad del instrumento en el contexto peruano. Por lo tanto, los resultados inician de la siguiente manera.

Tabla 2

Evidencias de validez basadas en el contenido a través del coeficiente V-Aiken ($n = 5$)

Items	Rel	Rep	Cla	V de Aiken	Intervalo de confianza		Interpretación V
					95%		
					Inferior	Superior	
WAIP-1	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-2	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-3	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-4	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-5	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-6	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-7	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-8	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-9	1	0.8	0.8	0.98	0.92	1	VALIDO
WAIP-10	0.8	1	0.8	0.98	0.92	1	VALIDO
WAIP-11	0.8	1	0.8	0.98	0.92	1	VALIDO
WAIP-12	0.8	1	0.8	0.98	0.92	1	VALIDO
WAIP-13	0.8	1	0.8	0.98	0.92	1	VALIDO
WAIP-14	0.8	1	0.8	0.98	0.92	1	VALIDO
WAIP-15	0.8	1	0.8	0.98	0.92	1	VALIDO
WAIP-16	0.8	1	0.8	0.98	0.92	1	VALIDO
WAIP-17	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-18	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-19	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-20	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-21	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-22	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-23	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-24	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-25	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-26	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-27	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-28	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO

WAIP-29	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-30	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-31	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-32	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-33	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-34	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-35	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO
WAIP-36	1	1	1	1	0.97	1	VALIDO

Nota: Rel = Relevancia; Rep = Representatividad; Cla = Claridad; I.C = Intervalo de confianza al 95 %

En la tabla 2, los resultados orientados a hallar la validez de contenido que por medio del criterio de jueces expertos mediante la V de Aiken como lo recomienda Ventura-León (2019), en ese sentido se pudo evidenciar que en todos los ítems del instrumento estuvieron dentro del parámetro esperado estando todos por encima de .70. De tal manera, que se los considera aceptables como lo recomienda Charter (2003).

Tabla 3

Índices de bondad de ajuste (n = 302)

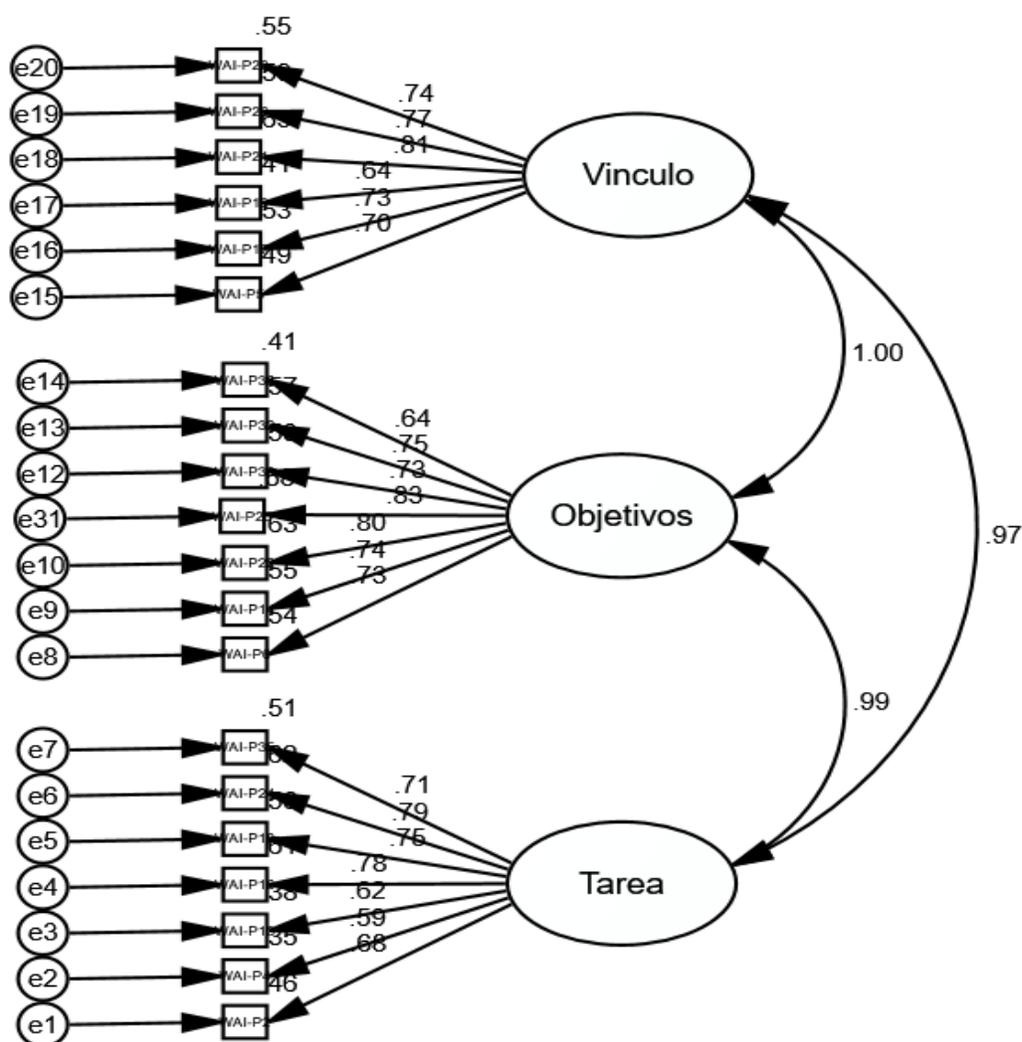
Modelos	χ^2	df	p	CFI	TLI	SRM R	RMSE A	RMSEA 90% CI		AIC
								Mín.	Máx.	
Modelo 1 (original)	1884	591	<.01	.783	.768	.075	.08	.080	.089	33461
Modelo 2 (respecificado)	451	149	<.01	.921	.909	.039	.080	.073	.090	15490

Nota. X² = Chi cuadrado, df= grado de libertad, p = Significancia; TLI = Índice de Tucker-Lewis, CFI= Índice de Ajuste Comparativo, SRMR= Raíz residual estandarizada cuadrática media, RMSEA: error cuadrático medio de aproximación. IC= Intervalos de confianza. AIC= Criterio de información de Akaike; n = Muestra, Mín. = Mínimo, Máx. = Máximo.

Por otro lado, en la tabla 3, se evidencian que el modelo original de 36 ítems no ajustó adecuadamente a los resultados de los participantes en relación al modelo psicométricos propuesto, se observa que los índices de bondad de ajuste no alcanzan lo esperado, ya que, es menor a .90 en el CFI y TLI; asimismo, los errores (Hu y Bentler, 1999).

Figura 1

Modelo de ecuaciones estructurales del modelo propuesto.



Por otro lado, el modelo 2, se realizó bajo el criterio de eliminación de ítems con menores cargas factoriales, el cual propició que el modelo fuera adecuado en sus valores [$\chi^2 = 451$, $df = 149$, $p = < .01$, $CFI = .921$, $TLI = .909$, $SRMR = .039$, $RMSEA = .080$] (Hu y Bentler, 1999).

Tabla 4

Cargas factoriales del modelo 2

Dimensiones	λ	Vinculo	Tareas	Objetivos
Vinculo	WAIP5	.719		
	WAIP17	.732		
	WAIP19	.628		
	WAIP21	.801		
	WAIP26	.801		
	WAIP28	.736		
Tareas	WAIP2		.687	
	WAIP4		.599	
	WAIP13		.613	
	WAIP16		.782	
	WAIP18		.718	
	WAIP24		.769	
	WAIP35		.715	
Objetivos	WAIP6			.735
	WAIP14			.719
	WAIP22			.779
	WAIP25			.824
	WAIP30			.716
	WAIP32			.737
	WAIP36			.648

Nota. λ = Carga factorial.

Entonces, en la tabla 4, se observan las cargas factoriales del modelo propuesto, cargas que se encuentran dentro de lo esperado ya que son mayores al .30 (Brown, 2015). Por lo tanto, el modelo escogido (M2) posee coherencia empírica y teórica, debido a que el modelo ajustó de manera adecuada a los resultados propiciados por los participantes y al marco teórico de referencia,

que estipula que la estructura de la variable es multidimensional, a pesar de la eliminación de algunos reactivos.

Tabla 5

Confiabilidad por consistencia interna

VARIABLES	M	DE	α	ω
Alianza terapéutica	5.87	.937	.955	.957
Vinculo	5.99	.988	.872	.873
Tarea	5.78	.974	.870	.874
Objetivos	5.87	.978	.891	.898

Nota. α = Coeficiente alfa, ω = Coeficiente omega, M = Media, DE = Desviación.

En la tabla 5, (Taber, 2017). Por lo tanto, los reactivos en conjunto, tienen como característica principal la consistencia entre ellos, lo cual se observa que mediante el coeficiente Alfa y el coeficiente omega, se hallaron puntajes óptimos mayores al .90 y las dimensiones con valores mayores al .80, que son resultados adecuados el cual favorece a las interpretaciones del instrumento (AERA et al., 2014).

Tabla 6*Baremos de la alianza terapéutica versión paciente*

Variable	P	T	F1	F2	F3
Alianza terapéutica versión paciente	1	9	4	1	6
	5	14	7	1	8
	10	20	12	1	10
	15	22	12	1	11
	20	24	12	1	12
	25	24	14	1	14
	30	24	15	1	15
	35	24	15	2	15
	40	24	16	6	16
	45	24	17	8	17
	50	26	18	11	17
	55	26	19	12	18
	60	28	22	13	18
	65	29	22	13	19
	70	29	23	15	20
	75	31	24	15	21
	80	32	24	17	21
	85	34	24	19	23
	90	45	24	24	24
	95	48	24	27	24
100	50	24	28	24	
M		27	18	9.7	17
DE		8.4	5.4	8.7	4.8

Nota: M = Media; DE = Desviación Estándar

En la tabla 6, se evidencia los percentiles de los niveles de manera general. el cual cuenta con puntajes totales por cada dimensión. Como se observa hay percentiles el cual evidencia que del 1 al 20 es un nivel bajo de alianza terapéutica, del 25 al 60 es un nivel moderado y del 65 a más es un nivel alto de alianza terapéutica versión paciente.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El propósito general fue conocer la validez y confiabilidad del inventario de alianza terapéutica versión paciente en Lima metropolitana. El análisis psicométrico del instrumento obtuvo moderada propiedad en validez y óptima respecto a la confiabilidad, debido a que se conservó la estructura original, pero hubo una respecificación de los reactivos, de esa manera quedándose con 20 ítems en 3 factores. Los valores encontrados son similares a la versión original, debido a que es la única investigación que se realizó con la variable en estudio, sus valores psicométricos fueron: $\chi^2 = 451$ $df = 149$, CFI = .921, TLI = .909, SRMR = .039, RMSEA = .080 (ver tabla 3). Sin embargo, la estructura subyacente es una versión breve diferentes a otras propuestas, sin embargo, la propuesta de diseñar una escala breve es de igual o superior eficacia y eficiencia en comparación con los instrumentos más extensos (Aera et al., 2014).

Por lo tanto, los valores estadísticos son coherentes con el plano teórico, ya que, la alianza terapéutica según Bordin (1976) está definida como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta, ello en base a tres características que la edifican: el acuerdo en las tareas, el vínculo positivo y el acuerdo en los objetivos. Estas tres características forman parte de las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría es una parte importante del establecimiento de la alianza, asimismo, el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación son elementos esenciales para una buena alianza.

Los resultados de los objetivos específicos, fueron que la validez de contenido fue determinada mediante el coeficiente de la V-Aiken (Ver tabla 2), encontrándose valores superiores

al punto de corte establecido ($>.80$). Los resultados iniciales no se pueden contrastar con otras investigaciones. Sin embargo, los criterios que fueron examinados pudieron representar adecuadamente a las dimensiones, ya que, su posterior evaluación cuantitativa mediante las cargas factoriales de los 20 ítems mostraron valores óptimos hacia los 3 factores a medir (ver tabla 4), ello debido a que se excluyó a 16 ítems, a nivel psicométrico. la eliminación de los ítems se debió en base al criterio del peso de la carga factorial por debajo del $.30$ (Brown, 2015). Por lo tanto, su eliminación favoreció a presentar un modelo más ajustado a las respuestas de los participantes y al modelo multidimensional propuesto por los autores, asimismo, tuvo como cualidad un modelo más practico que el resto de resultados, ello bajo argumentos de Hu y Bentler (1999) que refieren que un modelo tiene que estar lo más limpio posible de ítems que puedan estar afectando la estructura factorial. Por lo tanto, la elección y decisión de eliminar los ítems está bajo mediante fundamentos teóricos y psicométricos.

Por otro lado, en la estructura original (Ver tabla 3), los ítems eliminados fueron 16, debido a que cabe la probabilidad que el parafraseo de los ítems no haya proporcionado una claridad de entendimiento a los pacientes peruanos (Hambleton, 2018). Sin embargo, la estructura de los 20 reactivos es clara, representativa y relevante en la medición de la variable. Asimismo, se realizó el análisis de la estructura interna del instrumento (Ver tabla 3), encontrándose un modelo coherente con el plano estadístico y teórico (modelo 2), ya que, la respecificación del modelo mediante la eliminación de 11 reactivos permitió tener un mejor resultado al plano conceptual de la alianza terapéutica, asimismo, una estructura más parsimoniosa [$\chi^2 = 451$, $df = 149$, $p = <.001$, $CFI = .921$, $TLI = .909$, $SRMR = .039$, $RMSEA = .080$; $AIC = 1549$], Estos resultados son concordantes teórica y empíricamente.

Como último objetivo, los resultados de fiabilidad (Ver tabla 5) evidenciaron buenos valores en el total del inventario ($\alpha = .955$; $\omega = .957$) y por sus factores de vinculo, tarea y objetivos ($\alpha = .872$; $\omega = .873$; $\alpha = .870$; $\omega = .874$; $\alpha = .891$; $\omega = .898$), respectivamente. Estos resultados son favorables, sin embargo, aun iniciales para la aplicación de las puntuaciones al campo clínico, debido a que se necesitaría conocer si dichas puntuaciones de un mismo participante son constantes o estables en el tiempo (Aldridge et al., 2017).

En relación a las limitaciones de la investigación, estas se ciñen a la proporción muestral y al muestreo no probabilístico para analizarla, debido a que este tipo de muestreo es no probabilístico, sin embargo, para estipular la cantidad muestral fue en base a argumentos psicométricos, ya que para una adecuada evaluación de los procesos psicométricos se necesitan por lo menos una muestra de 500 a más participantes (Brown, 2015). No obstante, ello no quita la importancia de haber brindado las primeras evidencias instrumentales de la variable en el contexto peruano, y que posteriormente otros investigadores pueden replicar el estudio bajo una mayor cantidad muestral o diferente unidad de análisis.

En base a las limitaciones de la validez interna, existen limitación, ya que, como se mencionó la cantidad muestral sigue resultando insuficiente y diversa, asimismo, se podría haber dado el caso que existieran variables extrañas que no se han podido manejar. Por otro lado, en cuanto a la validez externa, los datos no se pueden generalizar del todo, ya que podría contener algunos sesgos de medición e interpretación.

En síntesis, mediante los principales procesos estadísticos y metodológicos estipulados en las directrices internacionales (AERA et al., 2014, ITC, 2017), se ha logrado conocer bajo un alto grado de validez y confiabilidad el inventario de Working Alliance Inventory (WAI-P) versión paciente en Lima metropolitana.

VI. CONCLUSIONES

- En validez de contenido se obtuvo una adecuada claridad, relevancia y pertinencia de los ítems.
- En validez estructural se halló un modelo respecificado que ajustó adecuadamente al modelo teórico y empírico.
- Se logró una consistencia interna óptima, mediante el coeficiente Alfa y el coeficiente omega, en donde se halló puntajes óptimos mayores al .90 y las dimensiones con valores mayores al .80, que son resultados adecuados debido a que los ítems estuvieron orientados a ser consistentes entre sí para su adecuada medición.
- Se logró conocer los puntos de corte de manera general. Lo cual permite conocer los niveles de alianza terapéutica.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda la replicación del estudio en una muestra con mayor cantidad proporcional, para que de esa manera podamos conocer con más exactitud las propiedades psicométricas del instrumento.
- Se recomienda la medición de la variable mediante la teoría de respuesta al ítem, para conocer cada rendimiento del mismo.
- Se recomienda la evaluación de jueces experienciales, que analicen la claridad del ítem
- Se recomienda la evaluación de otros modelos de AFC, como el de segundo orden y Bifactor.
- Se recomienda la replicación del estudio mediante el método de test retest.
- Se recomienda el análisis de percentiles mediante la variable de sexo.

VIII. REFERENCIAS

- Ackerman, S. J., y Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00146-0)
- Aiken, L. (2003). *Test Psicológicos y evaluación*. Pearson Educación.
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29.
- Andrade-González, N., y Fernández-Liria, A. (2015). Spanish adaptation of the working alliance inventory-short (WAI-S). *Current Psychology*, 35(1), 169–177. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9365-3>
- Aragón, L. (2011). *Evaluación psicológica: Historia fundamentos teóricos-conceptuales y psicometría*. Manual Moderno.
- Arango-Cammaert, A. M., y Moreno-Franco, M. F. (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana de Psicología* 12, 135-145. <https://doi.org/10.12341.3>
- Bibring, E. (1937). On the theory of the results of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 18, 170-189. <https://doi.org/10.re34542>
- Bordin, S. (1976): The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260. https://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas_utilizador/user11/63._the_generalizability_of_the_psychoanalytic_concept_of_the_working_alliance.pdf

- Bordin, S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252 - 260. <https://doi.org/10.453u23>
- Bordin, S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Ed.). *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37) Wiley.
- Botella, L. y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33. <https://doi.org/10.342j373>
- Caro, I. (1993). *La identidad de la psicoterapia*. Promolibro.
- Conn, H., Medrano L. y Moretti, L. (2013) Adaptación del cuestionario de alianza de ayuda revisado versión paciente para la población de cordobeses. *Terapia Psicológica*, 31 (2): 165-174. <https://doi.org/10.ehs788793u>
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A., Herrero, O., y Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-short (WAI-S). *Anales de Psicología*, 27(2), 298-301. <https://doi.org/10.md87387d>
- Corbella, S., y Botella, L. (2004). *Investigaciones en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores comunes*. Vision Net.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica: Historia, Investigación y Evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221. <https://doi.org/10.m98389dh>

- Corbella, S. y Botella, L. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-23. <https://doi.org/10.13837g>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., y Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32(7), 642-649. <https://doi.org/10.13783yud>
- Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los test. *Psicothema*, 15(2), 315-321. <http://www.psicothema.com/pdf/1063.pdf>
- Etchegoyen, H. (1984). *Los fundamentos de la técnica Psicoanalítica*. Amorrortu.
- Etchevers, M., González, M., Sacchetta, L., Iaconi, C., Muzzio, G., y Miceli, C. (2010). Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia. En Memorias del II Congreso Internacional de Investigación, 3(1), 49-52. <https://doi.org/10.1016/j.w892378d>
- Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Greif, J., Garay, C., y Koman, G. (2013). Relación terapéutica: estudio en población de estudiantes universitarios. *Anuario de investigaciones*, 20(1), 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.5g383hd>
- Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Giusti, S., y Helmich, N. (2014). Relación terapéutica: estudio en población de psicólogos clínicos. *Anuario de investigaciones*, 21(2), 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.73h372927>
- Fernández-Liria, A., y Rodríguez, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Desclée de Brouwer.
- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. Amorrortu Editores.

- Garfield, S. y Allen, A. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley and Sons.
- Gregory, R. (2012). *Pruebas psicológicas. Historia, principios y aplicaciones*. Pearson Educación.
- Greenson, R. (1967). *The Technique and practice of Psychoanalysis*. Basic Books.
- Gelso, C., y Carter, J. (1994). Components of the psychotherapy Relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(1), 296-06. <https://doi.org/10.8373tdsj8>
- Hadjosif, M. (2013). From strategy to process: Validation in Dialectical Behaviour Therapy. *Counselling Psychology Review* 28(1), 72-80. <https://doi.org/10.93y73e7dn>
- Hartley, D. (1985). *Research in the therapeutic alliance in psychotherapy*. American Psychiatric Press.
- Hartmann, H. (1960). Psicoanálisis y Psicología del Desarrollo. En *Ensayos sobre la Psicología del Yo*. F.C.E.
- Hernández-Córdoba, Á. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Universitas psychologica* 6(2), 285-293. <https://doi.org/10.34823736287>
- Hopko, D. R., y Hopko, S. D. (1999). What can functional analytic psychotherapy contribute to empirically-validated treatments? *Clinical Psychology and Psychotherapy* 6(3), 349-356. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879)

Horvath, A. (1994). *Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: the Working Alliance Inventory Perspective*. Wiley.

Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 561-573. <https://doi.org/10.3786262>

Horvath, A. O., y Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, 36(2), 223-233. <https://doi.org/10.827263>

Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (2), 139-149. <https://doi.org/10.3u2y2ytw>

Horvath, A., y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 561-573. <https://doi.org/10.3982762yh>

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. McGraw Hill.

Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En J. C. Norcross y M. V. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. Basic Books.

Lambert, M. J. y Bergin, A. E. (1994). *The effectiveness of psychotherapy*. Wiley.

Luborsky, L. (1976). *Helping alliances in psychoterapy*. Brunne/Mazel.

Magnusson, A. (1979). *Teoría del test*. Trillas.

Martínez, R. (1996). *Psicometría: Teoría de los test psicológicos y educativos*. McGraw – Hill.

- Martin, G., y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: que es y cómo aplicarla*. Prentice Hall
- Matas, A. (2001). *Medición y Diagnóstico. Introducción a la medición educativa aplicada al Diagnóstico en Educación*. Kronos.
- Miragall, M., Baños, R. M., Cebolla, A., y Botella, C. (2015). Working alliance inventory applied to virtual and augmented reality (WAI-VAR): psychometrics and therapeutic outcomes. *Frontiers in Psychology*, 6(1), 100-120. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01531>
- Muñiz, J. (2003). *Teoría Clásica de los Test*. Ediciones Pirámide.
- Navia, C. y Arias, E. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894. <https://doi.org/10.937236526>
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (1999). *Teoría Psicométrica*. McGraw-Hill Interamericana.
- Ñaupas, H., Mejia, E., y Novoa, E. (2004). *Metodología de la investigación cuantitativa, cualitativa y redacción de la tesis*. Ediciones de la U.
- Paap, D., Schrier, E., y Dijkstra, P. U. (2018). Development and validation of the Working Alliance Inventory Dutch version for use in rehabilitation setting. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1471112>
- Safran, J. D., y Muran, J. C. (1995). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. In Session: *Psychotherapy in Practice*, 3(1), 81-92. <https://doi.org/10.2398389ja>
- Salkind, N. (1999). *Métodos de investigación*. Prentice Hall.

- Santirso, F. A., Martín-Fernández, M., Lila, M., Gracia, E., y Terreros, E. (2018). Validation of the working alliance inventory–observer short version with male intimate partner violence offenders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(2), 152–161. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.02.003>
- Santibañez, P. (2003). La Alianza Terapéutica en Psicoterapia: el inventario de alianza de trabajo en Chile. *Psyche*, 12(1), 109-118. <https://doi.org/10.2923726>
- Santibañez, P., Román, M., y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287. <https://doi.org/10.03292udhj>
- Serraita, F., Benetti, S., Laskoski, P., y Abs, D. (2020). The Brazilian-adapted working alliance inventory: preliminary report on the psychometric properties of the original and short revised versions. *Trends*. 43(3), 251-261. <https://doi.org/10.938261a>
- Smith, M., Glass, G., y Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. John Hopkins University Press.
- Strupp, H. (1973). The interpersonal relationship as a vehicle for therapeutic learning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 41(1), 13 - 15. <https://doi.org/10.92721>
- Stiles, W., Shapiro, D., y Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 32, 752-760. <https://doi.org/10.03826726>
- Valero-Aguayo, L., Kohlenberg, R. T., Ferro-García, R., y Tsai, M. (2011). Therapeutic change processes in functional analytic psychotherapy. *Clínica y Salud* 22(3), 209-221. <https://doi.org/10.03282762>

Van-Dijk, S. (2013). *DBT made simple: A step by step guide to dialectical behavior therapy*.
New Harbinger Publications

Waizmann, V. y Roussos, A. (2011). Adaptación de inventario de alianza de trabajo en su versión
observador: WAI-O-A. *Anuario de investigaciones*. 18(1), 95-
104. <https://doi.org/10.302827>

Weinberg, G. (1996). *The heart of psychotherapy*. St. Martin's Griffin.

Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*,
37(2), 369 - 376. <https://doi.org/10.038262>

Zetzel, E., y Meissner, W. (1973). *Basic concepts of psychoanalytic psychiatry*. Basic Books.

IX. ANEXOS

Anexo A

Ficha técnica

Nombre : Working Alliance Inventory (Inventario de Alianza para el trabajo)

Autor : Horvath y Greenberg, 1989

Precedencia : Departamento de TEA Ediciones, S.A. Madrid (1988)

Materiales : Inventario de 36 preguntas

Aplicación : Individual

Duración : entre 10 y 15 minutos, aproximadamente

Finalidad : Alianza terapéutica tal como la percibe el terapeuta y el paciente

Sujetos : Adultos

Anexo B

Matriz de consistencia

Titulo	Pregunta de investigación	Objetivo general	Variable	Dimensiones	Medición
Validez Y Confiabilidad Del Working Alliance Inventory (Wai-P) Versión Paciente En Lima Metropolitana	¿Cuáles son las características psicométricas de validez y confiabilidad del “Inventario de Alianza Terapéutica” en personas mayores de 18 años en Lima Metropolitana?	Determinar la validez y confiabilidad del Working Alliance Inventory (WAI) versión paciente en Lima Metropolitana.	Alianza terapéutica	Vinculo	Escala ordinal Las respuestas van en formato Likert del 1 al 5 Análisis de datos en SPSS26 y AMOS26
		Objetivos específicos			
		Obtener las evidencias de validez de contenido mediante el método de jueces expertos del Working Alliance Inventory (WAI) versión paciente en Lima Metropolitana.		Objetivos	
		Obtener las evidencias de validez de estructura interna por medio del análisis factorial confirmatorio (AFC) del Working Alliance Inventory (WAI) versión paciente en Lima Metropolitana.			
		Obtener la fiabilidad por medio del método de consistencia interna y a través del coeficiente alfa y omega del Working Alliance Inventory (WAI) versión paciente en Lima Metropolitana.		Tarea	
Realización de baremos del Working Alliance Inventory (WAI) versión paciente en Lima Metropolitana.					

Anexo C

Dr. Nelson Andrade González
Grupo de Investigación en Procesos Relacionales y Psicoterapia
Universidad de Alcalá
Madrid - España

Sr.
Rudy Armando Jaramillo Mamani
Universidad Nacional Federico Villarreal
Lima - Perú

Guadalajara, a 7 de agosto de 2017

Asunto: Liberación parcial de los derechos de autor de la versión larga para pacientes y terapeutas de la Adaptación española del *Working Alliance Inventory (WAI-P,T)*

Estimado Sr. Jaramillo Mamani:

Adjunto le envío la versión larga para pacientes y terapeutas de la Adaptación española del *Working Alliance Inventory (WAI-P,T)* a fin de que sea utilizada en el estudio "Propiedades psicométricas del *Working Alliance Inventory* para terapeutas y pacientes en Lima Metropolitana" que llevará a cabo como parte de su trabajo de licenciatura en la Universidad Nacional Federico Villarreal (Lima-Perú).

Esta liberación parcial de los derechos de autor hace referencia a dicha versión larga y a las Normas y Hoja de corrección de esta prueba.

Le agradeceré que me haga saber los resultados de su investigación, de manera que pueda compartir esta información con otros investigadores que ya utilizan esta versión adaptada del WAI en lengua española.

Un cordial saludo.

Firmado digitalmente por Nelson Andrade González
Nombre de reconocimiento (DN): cn=Nelson Andrade González,
o=Universidad de Alcalá, ou=Grupo de Investigación en Procesos
Relacionales y Psicoterapia, email=nelson.andrade@edu.uah.es, c=ES
Fecha: 2017.08.07 16:27:04 +02'00'

Dr. Nelson Andrade González