



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Validación del Working Alliance Inventory (WAI-versión  
paciente) en consultores que acuden a tratamiento  
psicoterapéutico en Lima Metropolitana

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
Licenciada en Psicología

**AUTORAS:**

Paredes Gamboa, Elizabeth Mirian (ORCID: 0000-0001-5688-8027)

Ychpas Choque, Edith Evelyn (ORCID: 0000-0003-3172-0871)

**ASESOR:**

Mgtr. Serpa Barrientos, Antonio (ORCID: 0000-0002-7997-2464)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Psicométrica

**LIMA – PERÚ**

2022

## **Dedicatoria**

Este trabajo de investigación está dedicado a dos personas muy importantes en nuestra vida, gracias a vuestras madres que con dedicación y sacrificio apostaron por nosotras, y estuvieron acompañándonos en todo este proceso de crecimiento profesional. También dedicamos lo realizado a cada uno de nuestros hijos, a mi amado hijo Fernando y mi adorada hija Aithana, porque nos dan motivación y aliento de superación en cada objetivo o proyecto que decidimos encaminar con la finalidad de inculcar en ellos los retos, la perseverancia y satisfacciones que se obtienen al hacer algo que te apasiona, deseando que sea un agente de cambio en la familia, en la sociedad y contribuya mediante los estudios de su país.

### **Agradecimiento**

Agradecemos a nuestros padres por el apoyo incondicional para poder cumplir firmemente con las actividades académicas. También a nuestro asesor por su calidad de enseñanza, paciencia y la comprensión destinada.

## Índice de Contenidos

Carátula .....	i
Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Índice de tablas .....	v
Índice de gráficos y figuras.....	vi
Resumen .....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	4
III. METODOLOGÍA.....	9
3.1 Tipo y diseño de investigación .....	9
3.2 Variables y operacionalización.....	9
3.3 Población, muestra, muestreo, unidad de análisis .....	10
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	13
3.5 Procedimientos .....	14
3.6 Método de análisis de datos.....	15
3.7 Aspectos éticos .....	16
IV. RESULTADOS .....	17
V. DISCUSIÓN.....	28
VI. CONCLUSIONES.....	30
VII. RECOMENDACIONES .....	31
REFERENCIAS.....	32
ANEXOS	

## Índice de tablas

Tabla 1. Criterios de Inclusión y Exclusión .....	10
Tabla 2. Descripción sociodemográfica de la muestra.....	12
Tabla 3. Evidencia de validez de contenido (coeficiente V de Aiken ) .....	17
Tabla 4. Análisis descriptivos de los Ítems.....	19
Tabla 5. Cargas Factoriales del modelo 1. ....	20
Tabla 6. Cargas Factoriales del modelo 2. ....	21
Tabla 7. Cargas Factoriales del modelo 3. ....	22
Tabla 8. Cargas Factoriales del modelo 4. ....	23
Tabla 9. Índices de bondad de ajuste de cuatro modelos.....	24
Tabla 10. Evidencia de fiabilidad .....	27

## Índice de gráficos y figuras

Figura 1.	Modelo 2 oblicuo de 3 factores.....	25
Figura 2.	Modelo 4 oblicuo con un factor.....	26

## Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo realizar la Validación del Working Alliance Inventory-Short (versión paciente) en consultores que acuden a tratamiento psicoterapéutico en Lima Metropolitana. Para lo cual se realizó una muestra de 241 colaboradores mayores de edad, es decir, de 18 años en adelante. La investigación dada corresponde al enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y tipo instrumental.

Se obtuvo aceptable evidencia de validez de la estructura interna a través de un modelo oblicuo de una dimensión con nueve ítems ( $X^2=121.772$ ,  $df= 27$ ,  $\chi^2/df= 4.5$ ,  $CFI= .94$ ,  $TLI= .92$ ,  $SRMR= .06$  y el RMSEA de  $.12$ ). También en la confiabilidad mediante la consistencia interna nos muestra el coeficiente alfa ( $\alpha$ ),  $\alpha$  ordinal y el coeficiente omega ( $\omega$ ) de la variable WAI-S-P, evidenciando un puntaje obtenido de  $.84$  con el coeficiente alfa y en el alfa ordinal con  $.85$  y por último, el coeficiente omega ( $\omega$ ) con valores aceptables de  $.85$ .

Se concluye que los resultados del estudio establecen al WAI-P-S como un instrumento válido y confiable para el análisis de la alianza terapéutica en el contexto peruano. Contar con un inventario de estas características puede favorecer el estudio empírico y seguimiento clínico de los procesos psicoterapéuticos siendo los beneficiarios los psicoterapeutas y los investigadores.

**Palabras clave:** Alianza Terapéutica, validación, Working Alliance.

## Abstract

The objective of this research was to carry out the Validation of the Working Alliance Inventory-Short (patient version) in consultants who attend a psychotherapeutic treatment in Metropolitan Lima. For which a sample of 241 collaborators of legal age was made, that is, 18 years of age and older. The given research corresponds to the quantitative approach, non-experimental design, cross-sectional and instrumental type.

Acceptable evidence of validity of the internal structure was obtained through a one-dimensional oblique model with nine items ( $X^2=121.772$ ,  $df= 27$ ,  $\chi^2/df= 4.5$ ,  $CFI=.94$ ,  $TLI=.92$ ,  $SRMR=.06$  and the RMSEA of  $.12$ ). Also in reliability through internal consistency it shows us the alpha coefficient ( $\alpha$ ), ordinal  $\alpha$  and the omega coefficient ( $\omega$ ) of the WAI-SP variable, evidencing a score obtained of  $.84$  with the alpha coefficient and in the ordinal alpha with  $.85$  and finally, the omega coefficient ( $\omega$ ) with acceptable values of  $.85$ .

It is concluded that the results of the study based on the WAI-P-S as a valid and reliable instrument for the analysis of the therapeutic alliance in the Peruvian context. Having an inventory of these characteristics can favor the empirical study and clinical follow-up of psychotherapeutic processes, with the beneficiaries being psychotherapists and researchers.

**Keywords:** Therapeutic Alliance, validation, Working Alliance

## I. INTRODUCCIÓN

Un aspecto significativo en terapia es la correspondencia, también llamado en el contexto clínico como “alianza terapéutica”; existieron investigaciones que enfatizaron que la ausencia de una sintonía empática entre el paciente y terapeuta colocó en riesgo el proceso de cambio, conllevando de esa manera al resquebrajamiento de la relación terapéutica (Asociación Americana de Psicología, 2019). De esa manera, se colocó como proceso importante para la terapia el establecimiento de una relación terapéutica entre el clínico y paciente (Kooles & Tschacher, 2016).

En los últimos 20 años el proceso psicoterapéutico (Alianza terapéutica) ha sido una variable estudiada por investigadores (Coutinho et al., 2014). Añadido a ello, la alianza terapéutica presentó relación con otros constructos terapéuticos como el progreso sintomático y la deserción de la terapia (Cronin et al., 2014). La importancia radicó en que la alianza terapéutica en las primeras sesiones favorecía al objetivo que era planteado entre paciente y terapeuta (Fernández et al., 2016). Debido a ello, varias investigaciones cuantitativas explicativas midieron las primeras sesiones en relación a la variable, explicando un tercio del total la mejora del consultante (Saxon et al., 2016).

Entonces, el proceso que facilitó el cambio entre terapeuta y paciente es llamado alianza terapéutica, indistintamente del enfoque psicológico y del marco teórico que lo sustente, la variable fue un proceso que estuvo presente en todo cambio o problema psicológico tratado en terapia, de esa manera, tal proceso existió en todo cambio psicológico o problema psicológico (Cook et al., 2017).

Dado todo lo argumentado, en el contexto nacional, fue necesaria la contribución de la investigación en la revisión de esta variable mediante sus herramientas que posibilitaron la medición y evaluación de ella en pacientes peruanos. En su momento, el estudio cuantitativo y cualitativo de la variable logró relevancia, como ya se mencionó libremente del marco teórico y del tipo de ciencia de la salud, el cual sostuvieron las sesiones psicoterapéuticas, porque, ya se ha demostrado que la variable incide en las consecuencias del método, objetivo y logros terapéuticos (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Etchevers et al., 2010).

La relación entre la variable y los efectos positivos del método, motivó el aumento de investigaciones que plantearon la identificación de diferentes factores que favorecieron a la robustez de los procesos intrincados de la alianza terapéutica (Wampold, 2015). Entonces, la conceptualización de la variable fue un elemento frecuente por medio de enfoques psicoterapéuticos; inclusive existió fuerte evidencia debido a que la variable es más significativa que el tipo de psicoterapia que se aplique a un paciente (Tschacher et al., 2015).

En relación a lo anterior, en el Perú, fue de suma importancia la exploración de la variable, debido a que ello, proporcionó mayores características de la variable. En su momento, la revisión del constructo permitió conocer mayores evidencias en pacientes y su relación con el clínico, a diferencia del tipo de profesional o marco teórico que lo sostuvieron (Ackerman & Hilsenroth, 2015; Etchevers et al., 2010). Por lo tanto, la variable presentó evidencias relacionales entre un efecto positivo en terapia (Horvath & Symonds, 1991).

Como una conclusión de las psicoterapias se mencionó que en su mayoría fueron efectivas (Shapiro & Elliot, 2018), varios de los investigadores han tratado de buscar aspectos igualitarios a través de las terapias para explicar los resultados terapéuticos, incluso algunos autores refirieron que la calidad de la alianza terapéutica fue más significativa que el tipo de tratamiento mismo (Safran & Muran, 2000).

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

Por ello, fue necesario atender la necesidad de revisar la validación del inventario de alianza terapéutica (Working Alliance Inventory - Short) en Lima metropolitana, para posteriores investigaciones, así mismo, fue necesario observar esta temática de esa manera, sabiendo que las interacciones entre los agentes en psicoterapia conllevarán al éxito a ella.

Por otro lado, los resultados de la investigación se justificaron bajo tres premisas. La primera fue la justificación práctica, se dio por medio de la revisión de las propiedades psicométricas de la escala, el cual permitió contribuir con una tecnología óptima para la aplicación futura de diferentes profesionales. Por otro lado, el segundo lugar se hizo metodológicamente, porque se usaron técnicas estadísticas avanzadas. Asimismo, otra contribución fue mediante lo social, porque los resultados permitieron conocer la dificultad a nivel psicológico en relación a la alianza terapéutica bajo una usuaria a psicoterapia. Por último, la justificación teórica contribuyó, porque la alianza terapéutica fue una variable que no se ha revisado con detenimiento en el plano psicométrico, de esa manera posibilita mayores discusiones instrumentales en un futuro.

De acuerdo a todo lo expuesto la pregunta de investigación fue: ¿Cuáles fueron las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S versión paciente) en consultores que acuden a tratamiento psicoterapéutico en Lima Metropolitana?

La investigación presentó como objetivo general, evaluar la Validación del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S versión paciente) en consultores que acuden a tratamiento psicoterapéutico en Lima Metropolitana. Por otro lado, los objetivos específicos fueron: (a) identificar, la evidencia de validez de contenido por medio del método de expertos de jueces, (b) identificar la evidencia de validez basada en estructura interna a través del Análisis Factorial Confirmatorio, (c) identificar la evidencia de validez en nexos con otras variables (convergente-divergente), (d) determinar la fiabilidad en base al método de consistencia interna (coeficiente alfa).

## II. MARCO TEÓRICO

Según el análisis de toda la literatura científica solo se pudo recopilar artículos psicométricos revisados internacionalmente, los antecedentes son los siguientes:

Serralta et al., (2020) efectuaron una investigación mediante un diseño instrumental, teniendo como propósito revisar las propiedades psicométricas del instrumento (WAI-P) en Brasil. Por otro lado, la muestra estuvo conformada por participantes en su condición de pacientes que acuden a psicoterapia psicoanalítica ( $n = 201$ ) bajo la edad de 18 a 60 años. Los resultados confirman la realización de un modelo multidimensional óptimo ( $X^2 = 80.79$ ,  $(df) = 47$ , NNFI = .955; CFI = .968, RMSEA = .061), asimismo, logrando valores adecuados en las cargas factoriales ( $> .70$ ). Por último, la confiabilidad alcanzó valores óptimos en el total de la escala ( $\alpha = .935$ ). Se concluyó, mediante muestra clínica la escala evidenció adecuadas propiedades psicométricas.

Paap et al., (2018) efectuaron una investigación mediante un diseño instrumental, teniendo como propósito revisar la estructura factorial del instrumento (WAI-P) bajo una muestra de pacientes rehabilitados. La muestra fue conformada por pacientes con conductas de consumo de alcohol ( $n = 138$ ) entre las edades de 25 a 70. Los resultados evidenciaron que por medio del análisis factorial confirmatorio se obtuvo el modelo idóneo en la estructura factorial del instrumento ( $X^2 = 128,9$ ,  $(df) = 51$ ,  $p = 0.001$ , TLI = .900; CFI = .920, RMSEA = .010). Por otro lado, la confiabilidad logró un resultado optimo en el total del instrumento ( $\alpha = .927$ ). Se concluyó, que bajo una muestra clínica en pacientes con conductas adictivas la escala posee adecuadas propiedades psicométricas.

Santirso et al., (2018) efectuaron una investigación mediante un diseño instrumental, con el propósito de evaluar la validación de la escala en una muestra de hombres violentos hacia su pareja. La muestra fue conformada por hombres que cumplían condena de violencia familiar y de género ( $n = 140$ ). Por otro lado, los resultados confirmaron un modelo adecuado (PSR = 1.01, DIC = 1.377, DICc = 1.358, Pd = 27.45, BIC = 1.292). Por otro lado, la fiabilidad logró resultados óptimos en el total del instrumento ( $\alpha = .960$ ). Se concluyó, que teniendo las propiedades

psicométricas en muestra clínica se obtuvieron valores adecuados en validez y confiabilidad.

Andrade-González y Fernández-Liria (2015) realizaron un estudio de tipo instrumental, con el objetivo de adaptar el instrumento del Inventario de Alianza de trabajo (WAI-SP). Por otro lado, la muestra estuvo conformada por pacientes con tratamiento psicoterapéutico ( $n = 120$ ). Las conclusiones mostraron que bajo el análisis factorial confirmatorio se llegó a un adecuado modelo ( $X^2 = 101.8$ ,  $(df) = 42$ ,  $p = 0.001$ ,  $TLI = .980$ ;  $CFI = .976$ ,  $RMSEA = .004$ ). Por otro lado, la fiabilidad alcanzó valores buenos en el total del instrumento ( $\alpha = .860$ ). Se concluyó, que, bajo una muestra clínica en pacientes con tratamiento psicoterapéutico, el instrumento contó con adecuadas puntuaciones y por ende adecuadas propiedades psicométricas.

Por lo tanto, la variable que se investigó es conocida como alianza terapéutica, el cual tuvo como definición explicar la correspondencia positiva entre terapeuta y paciente mediante el proceso terapéutico, entonces, el clínico y paciente trabajaron una relación empática en conjunto con el fin de lograr los objetivos en terapia (Leonard et al., 2018). No obstante, la primaria o vaga presencia de una correspondencia paciente-terapeuta no garantizó la concertación de una alianza terapéutica entre los dos protagonistas (Moors & Zech, 2017).

Coexistieron términos que se construyeron a lo largo de la historia de la psicoterapia, ello fueron alianza de trabajo y/o alianza de ayuda (Koç & Kafa, 2018). Por lo tanto, cuando los investigadores, teóricos y clínicos se refirieron a la variable, su definición es indistinta en el campo relacional (Southwick et al., 2014).

La alianza terapéutica emergió en diferentes modelos teóricos, el primero de ellos fue el psicoanálisis clásico de Freud, refiriendo que la transferencia (alianza terapéutica) es el proceso por el cual el psicoanálisis cura los trastornos psicológicos, de esa forma la alianza terapéutica cogió forma como concepto principal en la psicoterapia (Yakeley, 2018). En ese sentido, el constructo estuvo basado en dos criterios, en primer lugar, fue la transferencia en el talante positivo (cumplimiento del tratamiento), en segundo lugar, fue el talante negativo, que vendrían hacer las barreras implantadas entre la interacción terapeuta-paciente (Müller et al., 2021).

En el psicoanálisis el concepto de alianza terapéutica (Ardito & Rabellino, 2011). De esa manera, se diferenció de otras variables parecidas dentro del ámbito terapéutico; indicando que la variable a trabajar no fue parte de una personalidad inestable emocionalmente, y que el clínico debe de saber diferenciar (Zetzel, 1956). La variable adquirió relevancia debido a que, en cualquier sesión psicoterapéutica, los objetivos y metas estuvieron garantizadas (Summers y Barber, 2003).

Por otro lado, la alianza terapéutica también fue conceptualizada como una interacción no neurótica entre los agentes que la componen (Greenson, 1967). Asimismo, se argumentó que la variable conlleva a que en el contexto exista conflicto entre sus protagonistas (Peter et al., 2017). Entonces, la alianza no sólo fue definitiva en el área del psicoanálisis, sino que la narró como una variable transteórica, es decir, que influyó en la efectividad y eficacia de las sesiones que fueron llevadas por otras corrientes o técnicas psicológicas (Fonagy, 2015).

Por ejemplo, Bordin fue un teórico que ha tenido repercusión en los argumentos de la variable, debido a que (1979) argumentó que la variable posee una estructura multidimensional compuesto de tres factores: pacto con las tareas, el vínculo (bond) y acuerdo en los objetivos. Por otro lado, Luborsky en 1976 enfatizó que existen dos características, que fue estipulado según la fase o etapa de la sesión. Por ejemplo, el de característica primera, inició al comenzar la terapia, por otro lado, característica segunda, desarrolló en períodos de largo tiempo.

En tal sentido, la variable dentro del ámbito clínico ocasionó interés sobre los investigadores (Gelso & Carter, 1994). La alianza terapéutica es la interacción entre el cliente y el terapeuta, el cual se identificaron tres factores que la componen: (a) acuerdo en la actividad, (b) relación adecuada y (c) pacto en las metas (Saxon et al., 2016).

Las acciones y pensamientos fueron parte de la actividad en el desarrollo terapéutico, debido a que el conocimiento del comportamiento o tareas fueron notables para el restablecimiento y avance de la alianza terapéutica entre clínico-paciente (Wampold, 2015). La variable incluyó la formalización de esta idea central, la relación congregó una red personal de aspectos efectivos entre participantes, cuya calidad se formó mediante la carga afectiva que el paciente tuvo con respecto

al terapeuta y nos mostraron puntos como la empatía, la confianza y la aceptación, de esa manera, el concepto fue coherente entre el vínculo con el rapport, éste fue el grado de afectividad entre los protagonistas dentro de la psicoterapia (Fernández-Liria & Rodríguez, 2001).

Además, la idea del teórico Bordin definieron el rol de colaboración participativa del paciente en el proceso psicoterapéutico, la teoría argumentó que la alianza terapéutica y sus procesos de cambio comportamental, estuvieron basados en los siguientes supuestos: (a) el trabajo de cambio relacional entre acciones, pensamientos y sentimientos disfuncionales, fueron actividades que tuvieron repercusiones en el marco de una colaboración terapéutica, (b) la reducción de sintomatología patológica facilitó al consultante novedosas formas de comportarse, pensar y sentir (Horvath, 1994).

La transferencia relacional fue posiblemente el sentido de los participantes en terapia, bajo las siguientes premisas: (a) el sentirse bien, en confianza y respeto con el clínico; (b) el compromiso mutuo de las sesiones terapéuticas, de esa manera se incrementó en función del aprendizaje del consultante y clínico en participar en las actividades simultáneas (Babatunde et al., 2017).

Por último, las tipologías de la variable estuvieron compuesta por los siguientes procesos: (a) un componente de cambio comportamental en sesión, de esa manera, extendiéndose a diferentes enfoques teóricos, (b) componente con mayor divulgación y revisión de sus procesos relacionales con otras variables, de esa manera delimitándose un marco idóneo para su entendimiento relacional entre protagonistas (Locati et al., 2019).

Añadido a ello, como la gran mayoría de contratos psicológicos, aún no se llegó a un consenso en la definición de alianza terapéutica, es decir, existieron varias herramientas psicométricas que miden el constructo desde diferente interpretación teórica, sin embargo, ello no ha limitado sus adecuadas propiedades psicométricas de la variable (Accurso et al., 2013).

Finalmente, se pudo afirmar de manera general sobre la variable, que los aspectos como la colaboración, la interacción del terapeuta/paciente y destacando

los estudios de la alianza terapéutica se han orientado a la influencia de las variables moderadoras (Horvath, 1994).

Por otro lado, la teoría psicométrica fundamentó que la Validación, hace referencia a los procesos referentes al grado de validez y confiabilidad de una escala (Geisinger et al., 2013).

Entonces, la primera propiedad conocida como validez, definida como la categoría en donde los resultados cuantitativos en relación a la teoría apoyaron las interpretaciones de los puntajes del instrumento ([AERA, APA & NCME], 2014).

Para el máximo ente regulador de literatura psicométrica (AERA, APA & NCME, 2014) precisaron los siguientes conceptos, como: la validez de contenido del instrumento, estipulando el grado relacional entre los ítems y la variable a medir; para evaluar tal evidencia, se apeló al método de jueces expertos en el tema de investigación (ITC, 2017). La validez de estructura interna, midió la categoría relacional, entre el conjunto de ítems y su dimensión a medir (Wu et al., 2017). Por último, la evidencia de validez a través de la convergencia con otros instrumentos, dieron como entendido que es el cargo en el que las puntuaciones de un instrumento convergen con las puntuaciones de otro instrumento psicológico. Con referencia a la confiabilidad, que es conceptualizada como el grado en que un instrumento se contiene menos margen de error, de esa manera, se posibilita su medición adecuada (McCoach et al., 2013).

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de tipo instrumental, y Montero y León (2007), hicieron referencia a cuando se quiere adaptar y validar un instrumento psicométrico. Así mismo se utilizó un diseño de investigación no experimental y para Hernández, Fernández y Baptista (2014) aludieron a la variable que se representa sin ser maniobrada, mostrando aspectos psicométricos de una prueba tal y como es. Al mismo tiempo, el corte fue transversal porque la investigación solo se dio en un determinado tiempo definido (Ato, López y Benavente, 2013).

#### 3.2 Variables y operacionalización

**Variable:** Alianza Terapéutica

**Definición Conceptual:** El terapeuta antes de cualquier intervención, lo primero que debe de hacer es enfatizar el rapport, debido a que ello, es la principal adherencia del paciente al tratamiento y del profesional el objetivo de la intervención, por esta razón el terapeuta al realizar la psicoterapia no debe de olvidar dichos puntos (del consultante, del terapeuta y de la conexión terapéutica), pues al final todo ello influirá en los resultados de su intervención (Andrade, 2005).

**Definición Operacional:** se manifiestan mediante vínculos emocionales positivos de un paciente hacia el terapeuta, como pueden ser el respeto, llegar a ganarse su confianza, simpatía, cariño y la comprensión, pues esto se vuelve en una relación en la cual pactan acuerdos entre ambos (paciente – psicoterapeuta).

**Dimensiones o subescalas:**

**Vínculo.** - comprende nexos personales de forma positiva entre paciente y terapeuta, tiene por objetivo determinar el aspecto emocional que el consultante tiene de su psicoterapeuta. Compone tres puntos como son: la empatía, confianza mutua y la aceptación.

**Objetivo.** - se refiere al acuerdo que establecen (paciente – terapeuta) respecto a la finalidad que va tener la psicoterapia, es decir, llegan a un mutuo consentimiento acerca de lo que desean lograr con la intervención psicoterapéutica.

**Tareas.** - pacto que se llega a tener entre paciente y terapeuta con respecto a las actividades a realizar, intrínsecamente relacionados con la terapia que se esté llevando a cabo. Hace alusión a todos los medios correctos para llegar alcanzar el propósito fijado.

**Escala de Medición:** El inventario estuvo compuesto por 12 ítems de opción múltiple, de tipo Likert. (1=Nunca, 2=Rara vez, 3=De vez en cuando, 4=A veces, 5=A menudo, 6=Muy a menudo, 7=Siempre). Los ítems 4 y 10 de la subescala de objetivo están escritos en negativo, por ende, las puntuaciones de dichos ítems se invierten antes de calcular la puntuación total del WAI-SP o por subescala (Objetivo). El rango de puntuación del WAI-SP general es de 12 – 84 puntos.

### 3.3 Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

#### Población

Para los autores Hernández, Fernández y Baptista (2014) la población se compone de casos en que se relacionan con determinadas descripciones, por ello deben agruparse dependiendo sus características similares. En la investigación no se obtuvo una cantidad determinada de participantes, pues esta fue una cantidad de colaboradores infinita y Aguilar en el 2005, refirió que una población infinita es cuando no se tiene conocimiento exacto de la totalidad de sujetos a observar.

**Tabla 1**

#### *Criterios de Inclusión y Exclusión*

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Mayores de 18 años en adelante	Personas menores de edad
Colaboradores que están llevando terapia psicológica	Sujetos que no estén llevando terapia psicológica
Personas que han completado el test	Participantes que contesten de manera inadecuada el test
La participación voluntaria de los participantes	

## Muestra

Bernal en el año 2010 definió que la muestra es un grupo pequeño de la población en general, por ende, éste representa al grupo de donde se obtuvo la información, realizando la medición de la variable y los objetivos planteados en un inicio. Por ello, la muestra se conformó por unos 241 colaboradores de ambos sexos, mayores de 18 años que acudan a terapia psicológica en Lima Metropolitana.

Pineda et al., refirieron que una muestra grande no necesariamente es representativa, pues, depende de otros factores y no solo del tamaño de muestra (1994). Por otro lado, Argibay (2006) sostuvo que el tamaño dependerá de los ítems involucrados en el análisis, por esta razón, el número de sujetos no tiene que ser menor a cinco veces la cantidad de ítems del instrumento.

Se puede observar en la tabla 2, que en su mayoría los colaboradores fueron del sexo femenino con 129 sujetos superando el 50% de su totalidad, esta mayoría de colaboradores son personas mayores de edad que oscilan entre los 18 y 25 años, con un grado de instrucción de nivel secundario que residen en Lima Este y por último las visitas terapéuticas fueron de 2 a 5 ocasiones haciendo referencia a un 96.7%.

**Tabla 2***Descripción sociodemográfica de la muestra.*

		n=241	
		f	%
SEXO	Femenino	129	53.5
	Masculino	112	46.5
EDAD	18 a 25	101	41.9
	26 a 35	74	30.7
	36 a 45	42	17.4
	46 a 59	18	7.5
	60 a 72	6	2.5
	Otro	12	5.0
Grado de Instrucción	Primaria	3	1.2
	Secundaria	184	76.3
	Técnico	31	12.9
	Universitario	11	4.6
	Callao	6	2.5
Zona de Residencia	Lima Centro	24	10.0
	Lima Este	151	62.7
	Lima Norte	31	12.9
	Lima Sur	29	12.0
	2 a 5	233	96.7
Número de sesiones	6 a 10	6	2.5
	11 a 15	2	.8
	Total	241	100.0

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje.

### Muestreo

En la investigación el muestreo que fue utilizado es el no probabilístico; debido a que esta técnica estuvo apoyada en la clasificación de manera aleatoria, es decir que fueron aquellos sujetos que no han sido seleccionados (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). De igual manera López en el 2004 indica que es el

método por el cual se selecciona a los elementos de la muestra del total de la población.

#### Unidad de análisis

Las personas seleccionadas fueron mayores de 18 años que estén acudiendo a atención terapéutica en los establecimientos de salud como son las postas y hospitales de Lima Metropolitana. El trato en su mayoría se dio de manera presencial para hacer el llenado de las encuestas del WAI-SP, pero también en un bajo porcentaje se utilizó las plataformas virtuales para dichas encuestas, la disponibilidad y el entusiasmo de ser partícipe de la investigación se evidenció de manera inmediata por lo que hicimos énfasis en primera instancia que era de manera voluntaria y para nada obligatoria.

### 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### Técnica

La encuesta fue la técnica que se utilizó en la investigación. Este es un método en la que se genera las preguntas, obteniendo la modalidad de cuestionario (García, 2005).

#### Instrumento

El instrumento original lleva por nombre, Inventario de Alianza de Trabajo (WAI) de los autores Adam Horvath y Leslie Greenberg, creado en el año 1986 en Estados Unidos y la versión adaptada fue realizada por Nelson Andrade-González y Alberto Fernández-Liria en el año 2016, este instrumento es para mayores de 18 años y se aplica de manera individual en un tiempo de 5 a 10 minutos.

El inventario de Alianza de trabajo (WAI) consta de 36 ítems que se dividen en tres subescalas (objetivos, tareas y vínculo) que califica los tres factores de la alianza terapéutica (Bordin, 1979). Cada subescala está compuesta de 12 ítems de respuesta tipo Likert teniendo un puntaje del 1 al 7. Horvath y Greenberg (1986) desarrollaron dos versiones del WAI, uno para pacientes (WAI-P) y el otro para terapeutas (WAI-T). Posterior a ello, Tracey y Kokotovic (1989) diseñaron el WAI-Short (WAI-S) de 12 ítems, manteniendo las subescalas del WAI, pero reduciendo

la cantidad de ítems (4 cada una), asimismo cuenta con las dos versiones (WAI-S-P) y (WAI-S-T). En esta investigación se usó solo el WAI-S-P en español de Nelson Andrade Gonzales y Alberto Fernández Liria, de respuesta tipo Likert con valores comprendidos del 1 al 7 y alternativas de nunca, rara vez, de vez en cuando, a veces, a menudo, muy a menudo y siempre; donde una elevada puntuación indicaría una alta alianza de trabajo por parte del paciente.

#### Validez

Con respecto a la validez de constructo, las correlaciones entre los puntajes de las subescalas del WAI-S-P en español fueron altas y también en inglés. Las correlaciones de Spearman entre las subescalas fueron entre .69 y .81 ( $p < 0,01$ ) después de la tercera sesión terapéutica y de .69 – .76 ( $p < 0,01$ ) después de la décima sesión. En cuanto a la validez convergente, las correlaciones entre el WAI-S-P y el HAq-II-P fue de  $\geq 0.74$  para los puntajes totales y de subescalas, todas las correlaciones fueron significativas ( $p < 0,01$ ). Por lo tanto, el WAI-S-P en idioma español es una herramienta de evaluación apropiada que ejerce menos tiempo de desarrollo sin perder la significancia (Andrade-González y Fernández-Liria, 2016).

#### Confiabilidad

El WAI-S-P logró un alfa de Cronbach de .93, y la fiabilidad para las subescalas de tarea, vínculo y objetivos fue de .84, .86 y .80 en base a la tercera sesión, mientras que, en la décima sesión se obtuvo un alfa de Cronbach similar, pero en cuanto a sus escalas fueron .80, .87 y .78 manteniéndose el orden (Andrade-González y Fernández-Liria, 2016).

### 3.5 Procedimientos

El proceso de adaptación y validación del inventario WAI se inició después de la aprobación del uso del instrumento por los autores Nelson Andrade Gonzales y Alberto Fernández Liria, en la que se solicitó el permiso correspondiente para su utilidad mediante el correo electrónico. Por consiguiente se realizó la validez basada en el contenido, es decir, mediante criterio de expertos encargados de calificar el instrumento WAI-S-P, en las cuales dichos expertos son conocedores del tema (terapeuta clínica – educativa); seguidamente se procedió a realizar el consentimiento informado y la encuesta en Microsoft Word 2016 y a la vez el

formulario virtual en Google Drive tomando en cuenta los aspectos de criterios de inclusión y exclusión para después hacer la difusión necesaria para la recolección de datos de manera virtual y presencial respetando los protocolos de salubridad de acuerdo a la coyuntura nacional que vivimos. Luego a ello, se realizó el vaciado de datos en el Microsoft Excel 2016, para luego transportarlo al Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales versión 26 (SPSS v26), también se utilizó el programa Jamovi para dar a conocer la validez y confiabilidad (Jamovi Project, 2019), y por último, el programa R Studio.

### 3.6 Método de análisis de datos

Los análisis de datos sociodemográficos se apertura en el programa estadístico para las ciencias sociales IBM SPSS Statistic 26, en donde se empezó haciendo el análisis descriptivo para el sexo, edad, grado de instrucción, zona de residencia y la cantidad de sesiones acudidas, con lo cual se obtuvo la tabla de frecuencia y porcentajes. Por otro lado, para la evidencia de validez de contenido se utilizó el V de Aiken con cuatro jueces expertos los cuales confirmaron la claridad, pertinencia y relevancia del instrumento, evaluando los resultados a nivel estadístico (Escrura, 1988), asimismo, se hizo un análisis de los ítems para conseguir la asimetría y curtosis que están entre -1.5 y +1-5 dando una normalidad univariada según Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010). También se utilizó el programa Jamovi para obtener la validez y confiabilidad (The Jamovi Project, 2019), seguidamente para la validez basada en la estructura interna se realizó mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC) permitiendo constatar la validez ajustando un modelo que la asuma y diagnosticando su bondad de ajuste (Batista-Foguet et al., 2004) obteniendo los valores estadísticos como la relación de  $df$  a  $\chi^2$  ( $\chi^2/df < 2$ ) (Tabachnik y Fidell, 2007), Índice de Ajuste Comparativo (CFI) de 0,90 a 1 se evidencia un ajuste adecuado y aceptable, TLI, raíz cuadrada de la media del error de aproximación (RMSEA) el valor esperado de perfección es por debajo de 0,05 y la raíz cuadrada media residual estandarizada (RSMR) cuanto más se acerque a 0 mejor es el ajuste del modelo (Yucel et al., 2020), con el uso del programa R Studio paquete estadístico "lavaan" (Roseel, 2012), usando un estimador robusto de análisis de invarianza (WLSMV) que no asume variables distribuidas normalmente y de esta manera ayuda al investigador a saber cuál es el modelo idóneo (Brown, 2006).

### 3.7 Aspectos éticos

La investigación fue tratada de forma anónima y confidencial. Primeramente, se requiere de un consentimiento informado resaltando el propósito de la investigación a realizar y con ello proteger a los posibles colaboradores y posterior a ello no tener consecuencias negativas o dañinas, por ende, ellos están en todo su derecho de negarse o retirarse de la investigación si así lo gustan (APA, 2017). El artículo 81 del código de ética de Psicólogos del Perú (1995) nos brinda información de aquellos derechos de confidencialidad y/o protección de identidad para salvaguardar la dignidad de los participantes y finalmente el Código de Ética en investigación de la Universidad Cesar vallejo refiere que los investigadores deben comprometerse en respetar la protección de los derechos y bienestar de las personas y además deben firmar una declaración explícita en la cual se comprometa a no evidenciar datos o muestras de los sujetos involucrados en la investigación a no ser que se dé la autorización correspondiente para su exposición (2020).

Para dar inicio al trabajo se solicitó la autorización y firma de los consentimientos informados, en la cual respalda la participación voluntaria del colaborador. Por consiguiente, se le explicó a detalle los objetivos y la razón por la cual se lleva a cabo la aplicación de la encuesta y además se le hizo saber que su aporte ayudó a nutrir la investigación.

## IV. RESULTADOS

A continuación, como producto de toda la investigación realizada en esta temática toca respaldar los resultados que arrojaron la recolección de datos con los análisis que rigen las propiedades psicométricas (métodos, técnicas y teoría) para validar el instrumento WAI-S versión paciente en pobladores peruanos, por ende, se evidencia de manera gráfica y para mejor entendimiento las diversas tablas.

### 4.1 Evidencia de validez basada en el contenido

Este tipo de validez se obtiene en base a una evaluación por parte de jueces escogidos por tener características similares o son expertos en la temática (Carretero y Pérez, 2005). En esta tabla se considera la respuesta de los cuatro jueces en el ámbito clínico y educativo, donde calificaron las propiedades psicométricas de cada ítem teniendo como resultado un coeficiente de V de Aiken adecuado, en la cual demuestra ser válido los ítems ya que su puntaje aceptable es mayor o igual a .80 (Aiken, 1985). (Véase tabla 3).

**Tabla 3**

*Evidencia de validez de contenido (coeficiente V de Aiken)*

Nº Items	Criterios	$\bar{x}$	DE	V Aiken	Interpretación de la V
Ítem 1	Relevancia	4.75	0.50	0.94	Valido
	Pertinencia	4.75	0.50	0.94	Valido
	Claridad	4.75	0.50	0.94	Valido
Ítem 2	Relevancia	4.5	0.58	0.88	Valido
	Pertinencia	5	0.00	1.00	Valido
	Claridad	5	0.00	1.00	Valido
Ítem 3	Relevancia	5	0.00	1.00	Valido
	Pertinencia	5	0.00	1.00	Valido
	Claridad	4.75	0.50	0.94	Valido
Ítem 4	Relevancia	5	0.00	1.00	Valido
	Pertinencia	4.75	0.50	0.94	Valido
	Claridad	5	0.00	1.00	Valido

Ítem 5	Relevancia	5	0.00	1.00	Valido
	Pertinencia	5	0.00	1.00	Valido
	Claridad	5	0.00	1.00	Valido
Item 6	Relevancia	5	0.00	1.00	Valido
	Pertinencia	4.75	0.50	0.94	Valido
	Claridad	5	0.00	1.00	Valido
Item 7	Relevancia	5	0.00	1.00	Valido
	Pertinencia	5	0.00	1.00	Valido
	Claridad	5	0.00	1.00	Valido
Item 8	Relevancia	5	0.00	1.00	Valido
	Pertinencia	5	0.00	1.00	Valido
	Claridad	4.75	0.50	0.94	Valido
Item 9	Relevancia	4.75	0.50	0.94	Valido
	Pertinencia	4.75	0.50	0.94	Valido
	Claridad	5	0.00	1.00	Valido
Item 10	Relevancia	5	0.00	1.00	Valido
	Pertinencia	5	0.00	1.00	Valido
	Claridad	5	0.00	1.00	Valido
Item 11	Relevancia	5	0.00	1.00	Valido
	Pertinencia	5	0.00	1.00	Valido
	Claridad	5	0.00	1.00	Valido
Item 12	Relevancia	5	0.00	1.00	Valido
	Pertinencia	5	0.00	1.00	Valido
	Claridad	5	0.00	1.00	Valido

Nota:  $\bar{x}$ = promedio, DE= desviación estándar y V de Aiken.

## 4.2 Análisis descriptivo

En la tabla 4 se muestra el análisis preliminar de los ítems, primero se aprecia que el valor de la media más baja lo tiene el ítem 4 (M=3.34) y mayor puntaje el ítem 11 (M=5.34), igualmente tenemos una desviación estándar ítem 1 (DE= .208) y ítem 10 (DE= .753) de la puntuación baja a la alta respectivamente, y por último la asimetría y la curtosis obtienen valores de puntuación aceptables dentro de los parámetros establecidos como es el +/- 1.5 que refiere Pérez y Medrano (2010).

**Tabla 4**

*Análisis descriptivos de los Ítems.*

Ítems	Min.	Max.	M	DE	g <sup>1</sup>	g <sup>2</sup>
i1	2	7	4.80	.208	-.068	-.703
i2	1	7	4.78	.412	-.238	-.485
i3	1	7	4.99	.351	-.312	-.113
i4	1	6	3.34	.323	-.026	-.505
i5	2	7	4.96	.297	-.362	-.233
i6	1	7	5.22	.216	-.603	1.039
i7	1	7	4.87	.408	-.521	-.605
i8	2	7	4.95	.282	-.114	-.658
i9	1	7	5.25	.221	-.398	-.241
i10	1	7	4.14	.753	-.330	-.971
i11	2	7	5.34	.373	-.640	-.322
i12	2	7	5.19	.343	-.512	-.268

*Nota:* Min= Mínimo, Max= Máximo, M= media, DE= desviación estándar, g<sup>1</sup> = asimetría y g<sup>2</sup> = curtosis.

## 4.3 Evidencia de validez basada en la estructura interna (AFC)

En este análisis se hace referencia a las cargas factoriales con respecto a sus ítems correspondientes. Se evaluaron cuatro modelos, el primero con sus tres factores y doce ítems originales, el segundo tres factores con diez ítems, tercero factor unidimensional con doce ítems y finalmente factor unidimensional con nueve ítems. En este primer modelo, se evidencia puntuaciones bajas en las cargas factoriales del F2 (Objetivos) de ítems 4 y 10 dando el valor de 0.035 y 0.264 respectivamente, porque para poder conservar un ítem en un factor el valor aceptada es de carga mayor a 0.3 (Ventura-León, 2019). Además, dichos ítems no presentan valor óptimo en grado de confianza, ni en puntuación estándar ya que estos dos son la puntuación más baja y en cuanto a *p*, que es la significancia su valor representativo es menor < 0.05 (Yáñez y Behar, 2009) pero nótese un sobre valor (Véase tabla 5).

**Tabla 5***Cargas Factoriales del modelo 1.*

Ítems	Factores	CF	IC Más Bajo	IC Superior	se	z	p
1	F1 =~ i3	0.372	0.263	0.482	0.056	6.67	< .001
2	F1 =~ i5	0.653	0.58	0.727	0.038	17.368	< .001
3	F1 =~ i7	0.523	0.45	0.597	0.037	13.993	< .001
4	F1 =~ i9	0.573	0.493	0.654	0.041	13.944	< .001
5	F2 =~ i4	0.035	-0.082	0.152	0.06	0.584	0.559
6	F2 =~ i6	0.582	0.491	0.673	0.047	12.483	< .001
7	F2 =~ i10	0.264	0.16	0.368	0.053	4.965	< .001
8	F2 =~ i11	0.734	0.657	0.811	0.039	18.62	< .001
9	F3 =~ i1	0.517	0.426	0.609	0.047	11.083	< .001
10	F3 =~ i2	0.572	0.5	0.644	0.037	15.53	< .001
11	F3 =~ i8	0.675	0.609	0.741	0.034	19.932	< .001
12	F3 =~ i12	0.716	0.644	0.788	0.037	19.598	< .001

*Nota:* cf=carga factorial; IC=grado de confianza; se= sesgo estadístico, z=puntaje estándar; p= significancia.

Por otro lado, tenemos el segundo modelo posterior al retiro del F2 (i4-i10) que presentaban cargas factoriales con un puntaje bajo, pero notase que aún se mantiene valores bajos en el F1  $\sim$  i3, como lo es en CF= 0.380, IC superior= 0.490 y con un puntaje estándar pobre con respecto al resto (z=6.837) pero aún sigue conformado por los tres factores. (Véase tabla 6).

**Tabla 6**

*Cargas Factoriales del modelo 2.*

Ítems	Factores	CF	IC Más Bajo	IC Superior	se	z	p
1	F1 $\sim$ i3	0.380	0.271	0.490	0.056	6.837	< .001
2	F1 $\sim$ i5	0.648	0.574	0.722	0.038	17.186	< .001
3	F1 $\sim$ i7	0.520	0.447	0.594	0.037	13.901	< .001
4	F1 $\sim$ i9	0.578	0.497	0.659	0.041	14.017	< .001
5	F2 $\sim$ i6	0.582	0.490	0.675	0.047	12.319	< .001
6	F2 $\sim$ i11	0.733	0.652	0.814	0.041	17.836	< .001
7	F3 $\sim$ i1	0.523	0.433	0.613	0.046	11.355	< .001
8	F3 $\sim$ i2	0.570	0.498	0.643	0.037	15.425	< .001
9	F3 $\sim$ i8	0.673	0.607	0.739	0.034	19.988	< .001
10	F3 $\sim$ i12	0.716	0.644	0.787	0.036	19.676	< .001

*Nota:* cf=carga factorial; IC=grado de confianza; se= sesgo estadístico, z=puntaje estándar; p= significancia.

Por consiguiente, en la tabla 7 tenemos un siguiente modelo 3 con la intención de incrementar los valores de las cargas factoriales, pero en esta oportunidad nos muestra que se hizo el cambio respectivo a un solo factor, pero manteniéndose los 12 ítems. Se evidencia puntaje por debajo de lo aceptable F1 (i4, i3 y i10) son 0.039, 0.373, y 0.275, un IC bajo -0.084, 0.264 y 0.169, Z= 0.618, 6.707 y 5.049 respectivamente y nótese la puntuación elevada de la significancia, su valor representativo es <0.05 (Yáñez y Behar, 2009).

**Tabla 7**

*Cargas Factoriales del modelo 3.*

Ítems	Factores	CF	IC Más Bajo	IC Superior	se	z	p
1	F1 ~ i3	0.373	0.264	0.482	0.056	6.707	< .001
2	F1 ~ i5	0.657	0.591	0.723	0.034	19.373	< .001
3	F1 ~ i7	0.526	0.457	0.595	0.035	14.928	< .001
4	F1 ~ i9	0.576	0.498	0.654	0.040	14.432	< .001
5	F1 ~ i4	0.039	-0.084	0.161	0.063	0.618	.536
6	F1 ~ i6	0.612	0.530	0.694	0.042	14.599	< .001
7	F1 ~ i10	0.275	0.169	0.382	0.055	5.049	< .001
8	F1 ~ i11	0.785	0.718	0.853	0.034	22.760	< .001
9	F1 ~ i1	0.533	0.441	0.625	0.047	11.321	< .001
10	F1 ~ i2	0.590	0.517	0.663	0.037	15.916	< .001
11	F1 ~ i8	0.695	0.631	0.760	0.033	21.113	< .001
12	F1 ~ i12	0.739	0.674	0.804	0.033	22.326	< .001

*Nota:* cf=carga factorial; IC=grado de confianza; se= sesgo estadístico, z=puntaje estándar; p= significancia.

Para finalizar en la tabla 8 tenemos el proceso final a como se adecuó los valores de las cargas factoriales, se visualiza que se representa de una manera contraria a los valores óptimos del original, pues en estos resultados se obtiene que no se relaciona con otras variables y por ello es unifactorial y quedándose con 9 ítems por sus ajustes adecuados de CF que va desde 0.513 a 0.785 un Z de 11.418 hasta 22.884 y una significancia deseable y de aceptación de análisis factorial.

**Tabla 8**

*Cargas Factoriales del modelo 4.*

Ítems	Factores	CF	IC Más Bajo	IC Superior	se	z	p
1	F1 =~ i5	0.661	0.593	0.728	0.034	19.256	< .001
2	F1 =~ i7	0.513	0.442	0.583	0.036	14.180	< .001
3	F1 =~ i9	0.581	0.502	0.659	0.040	14.522	< .001
4	F1 =~ i6	0.620	0.538	0.702	0.042	14.776	< .001
5	F1 =~ i11	0.785	0.717	0.852	0.034	22.884	< .001
6	F1 =~ i1	0.531	0.440	0.622	0.047	11.418	< .001
7	F1 =~ i2	0.587	0.512	0.661	0.038	15.400	< .001
8	F1 =~ i8	0.695	0.631	0.759	0.033	21.196	< .001
9	F1 =~ i12	0.740	0.675	0.804	0.033	22.324	< .001

*Nota:* cf=carga factorial; IC=grado de confianza; se= sesgo estadístico, z=puntaje estándar; p= significancia.

En la evaluación de índices de bondad se evaluaron cuatro modelos con el programa R Studio en toda su robustez. El modelo 1 con tres factores y de 12 ítems presenta evidencias de  $\chi^2= 146.126$ ,  $df= 51$ ,  $\chi^2/df= 2.8$ , CFI= .94, TLI= .93, SRMR= .05 y un RMSEA de .08 teniendo en cuenta que es un puntaje aceptable mas no significativo o deseado, por ello se procedió a realizar una segunda evaluación; en el modelo 2 (10 ítems en 3 factores), se obtuvo una puntuación de  $\chi^2= 124.978$ ,  $df= 32$ ,  $\chi^2/df= 3.9$ , CFI= .94, TLI= .92, SRMR= .05 y un RMSEA de .11 pero aun los valores no se ajustan al modelo óptimo; seguidamente se hizo un tercer modelo de 12 ítems con solo un factor en la que arrojó estos valores  $\chi^2=153.857$ ,  $df= 54$ ,  $\chi^2/df= 2.8$ , CFI= .94, TLI= .93, SRMR= .06 y el RMSEA de .08, por último del modelo cuatro se obtiene valores  $\chi^2=121.772$ ,  $df= 27$ ,  $\chi^2/df= 4.5$ , CFI= .94, TLI= .92, SRMR= .06 y el RMSEA de .12, dando este el modelo que mejor representa la estructura interna del constructo, modelo unidimensional de 9 ítems (Brown, 2006).

**Tabla 9**

*Índices de bondad de ajuste de cuatro modelos.*

Modelos	$\chi^2$	df	$\chi^2/df$	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
M1(12 ítems en 3 factores)	146.126	51	2.86	.94	.93	.05	.08
M2 (10 ítems en 3 factores)	124.978	32	3.9	.94	.92	.05	.11
M3 (12 ítems en 1 factor)	153.857	54	2.84	.94	.93	.06	.08
M4 (9 ítems en 1 factor)	121.772	27	4.5	.94	.92	.06	.12

*Nota:*  $\chi^2$ = Chi- cuadrado;  $df$ = grado de libertad; CFI= Índice de ajuste comparativo; TLI= Índice de Tucker-Lewis, SRMR=raíz residual estandarizada cuadrática media; RMSEA= error de aproximación cuadrático medio.

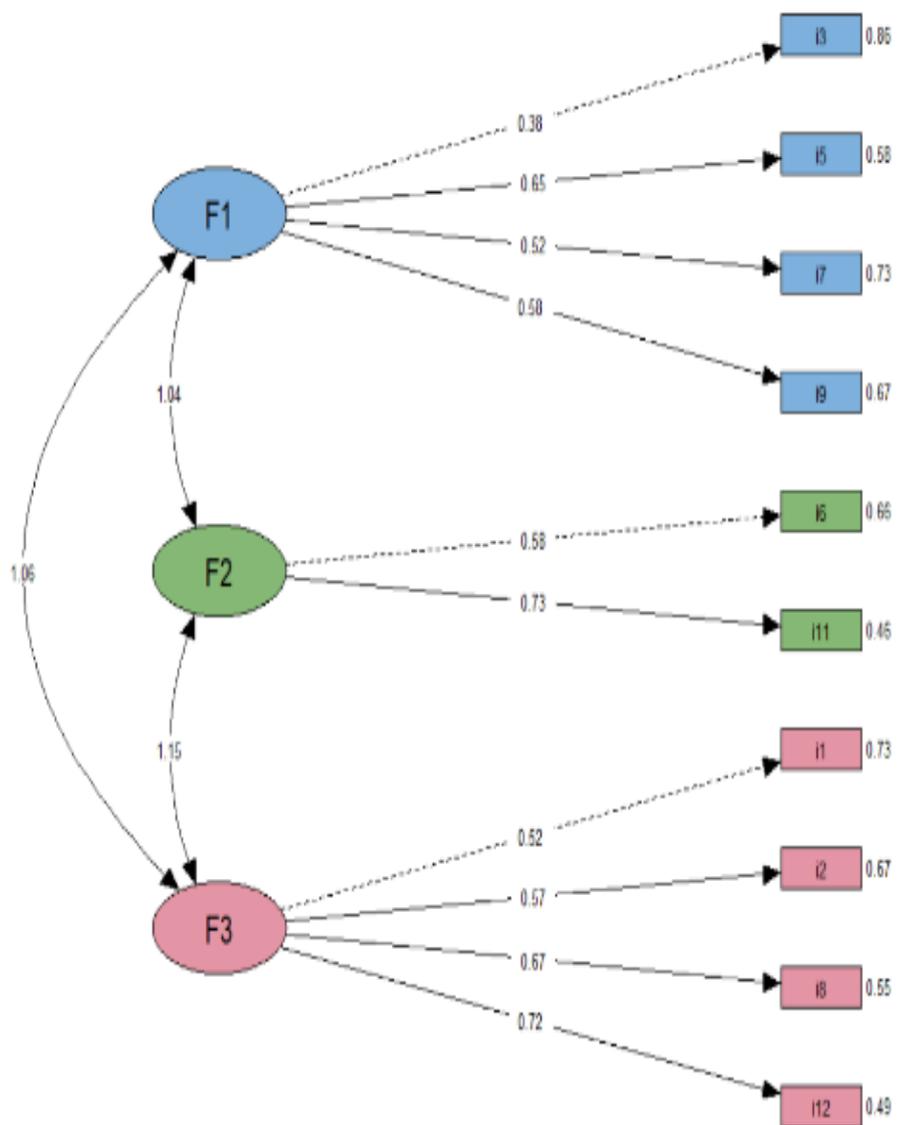


Figura 1. Modelo2 oblicuo de 3 factores

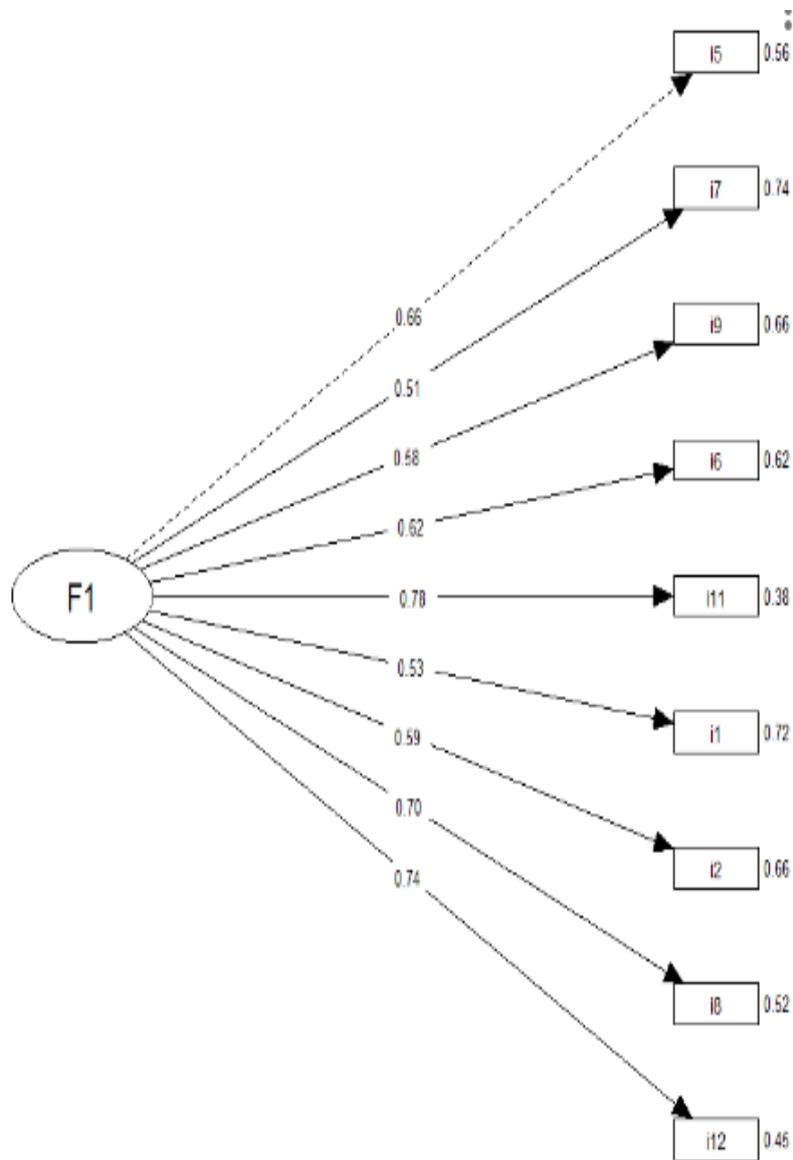


Figura 2. Modelo 4 oblicuo con un factor

#### 4.5 Evidencias de Confiabilidad por consistencia interna

Se obtuvo como respuesta de fiabilidad mediante la consistencia interna usando el coeficiente alfa ( $\alpha$ ),  $\alpha$  ordinal y el coeficiente omega ( $\omega$ ) de la variable WAI-S-P mostrando un puntaje obtenido de .84 con el coeficiente alfa y en el alfa ordinal con .85 y por último, el coeficiente omega ( $\omega$ ) con valores aceptables de .85. Los valores típicos del coeficiente alfa van de 0 a 1 (Reidl-Martínez, 2013) y para considerar un valor aceptable el coeficiente de omega debe encontrarse en puntaje de .70 a .90 (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

**Tabla 10**

*Evidencia de fiabilidad*

Factor	$\alpha$	$\alpha$ ordinal	$\omega$	N° de elementos
1	.84	.85	.85	9

*Nota:*  $\alpha$ : alfa de Cronbach,  $\alpha$  ordinal y  $\omega$ : coeficiente Omega

## V. DISCUSIÓN

La realización de esta investigación abarca un modelo transteórico con la finalidad de obtener una eficacia en las terapias y de esa manera generar cambios y logros satisfactorios en el individuo; la ciudad de Lima estuvo motivada como respuesta a la inexistencia de herramientas enfocadas a la evaluación de la alianza terapéutica en pacientes, por ello, estamos brindándoles a los profesionales de la salud un instrumento objetivo, ágil y pertinente para el fortalecimiento del diagnóstico y los procedimientos de intervención permitiéndoles conocer la dificultad a nivel psicológico en relación a la alianza terapéutica.

En esta investigación cabe recalcar el logro de la validación del inventario WAI-S-P en consultores que acuden a tratamiento psicoterapéutico en Lima Metropolitana. Cabe mencionar que no hay estudios realizados en el contexto peruano y mucho menos en el ámbito local. Sin embargo, fuera de nuestra nación este instrumento original de Andrade Gonzales y Fernández Liria tiene mucha indagación en su instrumento original y en sus varias versiones siendo adaptados en diferentes contextos internacionales con puntajes deseados.

Para el primer objetivo se dio inicio con la identificación de la evidencia de validez de contenido por medio del método de jueces de expertos, siendo cuatro los jueces escogidos del ámbito clínico y educativo, donde calificaron los criterios de relevancia, pertinencia y claridad de cada ítem, obteniendo un coeficiente de V de Aiken de 1 en la cual demuestra ser válido los ítems ya que se considera puntaje aceptable si cuentan con una  $V > .70$  (Charter, 2003).

Seguidamente el segundo objetivo fue de acuerdo a la validez de estructura interna donde se evaluaron cuatro modelos, el primero con sus tres factores y doce ítems originales, el segundo tres factores con diez ítems, tercero factor unidimensional con doce ítems y finalmente factor unidimensional con nueve ítems. Los valores óptimos que representan a la variable en cuanto al segundo punto es,  $\chi^2=121.772$ ,  $df=27$ ,  $\chi^2/df=4.5$ ,  $CFI=.94$ ,  $TLI=.92$ ,  $SRMR=.06$  y  $RMSEA=.12$ , dichos valores no se evidencia similitud con los otros estudios realizados en otros contextos, y ni se visibiliza multifactorialidad.

Por último, en el tercer objetivo para determinar la confiabilidad y la consistencia interna de la escala, fue usando el coeficiente alfa ( $\alpha$ ),  $\alpha$  ordinal y el coeficiente omega ( $\omega$ ) de la variable WAI-S-P mostrando un puntaje obtenido de .84 con el coeficiente alfa y en el alfa ordinal con .85 y por último, el coeficiente omega ( $\omega$ ) con valores aceptables de .85. Así mismo al comparar los resultados de la presente investigación estamos en un límite de valores aceptables más no óptimos y esperados como si lo tienen las otras investigaciones que superan el puntaje de .90.

Las limitaciones que pudiéramos haber encontrado en el proceso de investigación, hacemos referencia a la poca masa de muestra que obtuvimos por ser un instrumento focalizado y específico, por ende, al acudir a las entidades determinadas en su mayoría obtuvimos negatividad o difícil acceso de ingreso a los departamentos psicológicos, por todos los protocolos a respetar por la pandemia. También el no haber podido tener una relación directa en cuanto a la entrega de las encuestas para evitar la falsificación de los datos y rellenado a pesar de ser confidencial, y por último la limitación en cuanto a la búsqueda de antecedentes.

Por otro lado, las fortalezas encontradas en la investigación es el ayudar a nutrirnos y procesar una gran cantidad de información valiosa para el autoconocimiento o el robustez de esta temática, además la posibilidad de aprender y realizar los análisis estadístico llegando a tener mayor entendimiento del funcionamiento de cada programa estadístico que nos permitan lograr modelos más avanzados y finalmente, el entusiasmo con que se realizó la investigación teniendo el pilar que este análisis quedará como un precedente para los futuros investigadores que deseen incrementar dicha investigación.

## VI. CONCLUSIONES

PRIMERA: Se analizó la validación del inventario Validación del Working Alliance Inventory-Short (versión paciente) en consultores que acuden a tratamiento psicoterapéutico en Lima Metropolitana encontrándose evidencia de validez y confiabilidad con valores aceptables.

SEGUNDA: La escala del working Alliance Inventory-Short (versión paciente) en consultores que acuden a tratamiento psicoterapéutico en Lima Metropolitana, presentó adecuados valores con un modelo rectificado, es decir, se concluyó con un factor unidimensional de nueve ítems obteniéndose valores  $\chi^2=121.772$ ,  $df= 27$ ,  $\chi^2/df= 4.5$ , CFI= .94, TLI= .92, SRMR= .06 y el RMSEA de .12

TERCERA: Se evidenciaron adecuados valores de consistencia interna mediante el uso del coeficiente alfa, siendo superiores a .70.

## **VII. RECOMENDACIONES**

En base a los resultados de la investigación se brindan algunas recomendaciones para futuros investigadores:

**PRIMERA:** Seguir contribuyendo con la validación y análisis de propiedades psicométricas de diversos instrumentos en el Perú, para poder contar con mayores pruebas que puedan ser aplicadas en nuestro territorio.

**SEGUNDA:** Utilizar la escala de inventario Working Alliance Inventory-Short (versión paciente) en consultores que acuden a tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico con la finalidad de poder fortalecer el diagnóstico y los procedimientos de intervención permitiéndoles conocer la dificultad a nivel psicológico en relación a la alianza terapéutica.

**TERCERA:** Es de vital importancia difundir este tipo de batería, inventario o herramienta en los diversos hospitales, clínicas, etc. del Perú

**CUARTA:** Se hace necesario seguir con estos procesos de validación de instrumentos, para fortalecer el área psicométrica en la Universidad Cesar Vallejo, a través de este tipo de investigaciones.

## REFERENCIAS

- Accurso, E. C., Hawley, K. M., & Garland, A. F. (2013). Psychometric properties of the Therapeutic Alliance Scale for Caregivers and Parents. *Psychological Assessment, 25*(1), 244–252. <http://doi:10.1037/a0030551>
- Ackerman, S. y Hilsenroth, M. (2003). Una revisión de las características y técnicas del terapeuta que impactan positivamente en la alianza terapéutica. *Revista de Psicología Clínica, 23*(1), 1-33.
- Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco, 11*(1-2) 333-338. <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
- Aiken, L. R. (1985). Three Coeficients for Analyzing the Realiability and Validity of Rating. *Educational and Psychological Measurem ent 45*, 131-142. <https://doi.org/10.1177/0013164485451012>
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education. (2014). Standards of probes educative y psychological. *Educational Research Association*.
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI): psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Anales de Psicología, 31*, 524--533. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.177961>.
- Andrade-González, N. & Fernández-Liria, A. (2016). 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>
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. *Frontiers in Psychology, 2*. <https://doi:10.3389/fpsyg.2011.00270>

- Argibay, J.C. (2006), "Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad". *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 8, 15-33. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/765>
- Asociación Americana de Psicología. (2017). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta (2002, modificado en vigor el 1 de junio de 2010 y el 1 de enero de 2017). <http://www.apa.org/ethics/code/index.html>
- Asociación Americana de Psicología. (2019). Better relationships with patients lead to better outcomes. A good relationship is essential to helping the client connect with, remain in and get the most from therapy. *APA* 50(10), 38. <https://www.apa.org/monitor/2019/11/ce-corner-relationships>
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Babatunde, F., MacDermid, J., & MacIntyre, N. (2017). Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi:10.1186/s12913-017-2311-3>
- Batista-Foguet, J., Coenders, G. y Alonso, J. (2004). Confirmatory factor analysis. Its role on the validation of health related questionnaires. *Medicina Clínica*, 122(1), 21-27. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-analisis-factorial-confirmatorio-su-utilidad-13057542>
- Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación. *Pearson Educación*. <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.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/10.1037/h0085885>
- Brown, T (2006) Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. *The Guilford Press*.

- Campo-Arias & Oviedo, H.C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10 (5), 831-939. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-511454>
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales International. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-55. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33705307.pdf>
- Charter, R. (2003). A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. *Journal of General Psychology*, 130 (3), 290-304. <https://doi: 10.1080/00221300309601160>.
- Colegio de Psicólogos del Perú. (1995). Código de ética profesional del psicólogo peruano.
- Cook, SC., Schwartz, AC. y Kaslow, NJ. (2017). Psicoterapia basada en evidencias: ventajas y desafíos. *Neurotherapeutics*, 14 (3), 537–545. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-4>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures. [El desarrollo de la alianza terapéutica y la aparición de rupturas en la alianza]. *Anales de Psicología*, 30(3). <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.168911>
- Cronin, E., Brand, B. L., & Mattanah, J. F. (2014). The impact of the therapeutic alliance on treatment outcome in patients with dissociative disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.22676>
- El proyecto jamovi (2019). *jamovi* (Versión 1.6) [Software informático]. <https://www.jamovi.org>
- Escurra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2), 103-111. [https://www.researchgate.net/publication/270339510\\_Cuantificacion\\_de\\_la\\_validez\\_de\\_contenido\\_por\\_criterio\\_de\\_jueces](https://www.researchgate.net/publication/270339510_Cuantificacion_de_la_validez_de_contenido_por_criterio_de_jueces)

- Etchevers, M., González, M., Sacchetta, L., Iacoponi, C., Muzzio, G., & Mi-celi, C. (2010). Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia. *VI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 3, 49-52.
- Fernández-Liria, A., y Rodríguez, B. (2001). La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. *Biblioteca de Psicología* 2, 1-24. <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433015600.pdf>
- Fernández, O. M., Krause, M., & Pérez, J. C. (2016). Therapeutic alliance in the initial phase of psychotherapy with adolescents: different perspectives and their association with therapeutic outcomes. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(1). <http://doi:10.4081/ripppo.2016.180>
- Ferrando, P. & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 3(1), 18-33. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441003>
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, 14(2), 137–150. <http://doi:10.1002/wps.20235>
- García, E., Fernández, P. y Rico, R. (2005). Género y sexo como variables moduladoras del comportamiento sexual en jóvenes universitarios. *Psicothema*, 17(1), 49-56. <http://www.psicothema.com/pdf/3063.pdf>
- Geisinger, K. F., Bracken, B. A., Carlson, J. F., Hansen, J.-I. C., Kuncel, N. R., Reise, S. P., & Rodriguez, M. C. (Eds.). (2013). Test theory and testing and assessment in industrial and organizational psychology. American Psychological Association. *APA handbook of testing and assessment in psychology*, 1. <https://doi.org/10.1037/14047-000>
- Gelso, C. y Carter, J. (1994). Components of the psychotherapy Relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296-306. <https://eric.ed.gov/?id=EJ487582>
- Greenson, R. R. (1967). Technique and practice of psychoanalysis. *International University Press. Psique - Zeitschrift für Psychoanalyse*, 22A(1), 67-70 <https://pep-web.org/browse/document/psyche.022a.0067a>

- Hernández, R., Fernández, R. y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación (6ta ed.). Mc graw-hill/interamericana editores, s.s de cv.
- Horvath, A. O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The Working Alliance Inventory Perspective. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Ed.), *The working alliance: theory, research, and practice. Scientific Research an Academic Publisher*, 109-128. [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/Index.aspx](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/Index.aspx)
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), Guilford clinical psychology and psychotherapy series. *The psychotherapeutic process: A research handbook*. 529-556. <https://psycnet.apa.org/record/1987-97275-015>
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139 – 149.
- IBM Corp. Publicado 2019. IBM SPSS Statistics para Windows, versión 26.0. Armonk, Nueva York: IBM Corp.
- ITC Guidelines for Translating and Adapting Test (2017). *International Journal of Testing*, 18(2), 101-134. <https://www.intestcom.org/page/16>
- Koç, V., & Kafa, G. (2018). Cross-Cultural Research on Psychotherapy: The Need for a Change. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 002202211880657. <https://doi:10.1177/0022022118806577>
- Koole, S. L., & Tschacher, W. (2016). Synchrony in Psychotherapy: A Review and an Integrative Framework for the Therapeutic Alliance. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00862>
- Leonard, H. D., Campbell, K., & Gonzalez, V. M. (2018). The Relationships among Clinician Self-Report of Empathy, Mindfulness, and Therapeutic Alliance. *Mindfulness*, 9(6), 1837–1844. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0926-z>
- Locati, F., Del Corno, F., & Parolin, L. (2019). Jeremy Safran's impact on Italian psychotherapy research and practice: a window into the processes involved in

therapeutic alliance. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(1). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.357>

López, P. L. (2004). Población, muestra y muestreo. *Punto Cero*, 09(08), 69-74. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-02762004000100012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012&lng=es&tlng=es).

Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. In J. L. Cleghorn. *Successful psychotherapy*, 92-116.

McCoach, D. B., Gable, R. K., & Madura, J. P. (2013). Evidence based on relations to other variables: bolstering the empirical validity arguments for constructs. *Instrument Development in the Affective Domain*, 209–248. [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-4614-7135-6\\_6](https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-4614-7135-6_6)

Montero, I y León, O. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3) 847-862. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>

Moors, F., & Zech, E. (2017). The Effects of Psychotherapist's and Clients' Interpersonal Behaviors during a First Simulated Session: A Lab Study Investigating Client Satisfaction. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01868>

Müller, S., Junker, S., Wilke, T., Lommatzsch, A., Schuster, A., Kaymak, H., Ehlken, C. y Zimssen, F. (2021). Questionnaire for the assessment of adherence barriers of intravitreal therapy: the ABQ-IVT. *Revista Internacional de Retina y Vítreo* 7(43). <https://doi.org/10.1186/s40942-021-00311-x>

Paap, D., Schrier, E., & Dijkstra, P. U. (2018). Development and validation of the Working Alliance Inventory Dutch version for use in rehabilitation setting. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1471112>

Pérez, E. y Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2 (1), 58-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3161108>

- Peter, B., Böbel, E., Hagl, M., Richter, M., & Kazén, M. (2017). Personality Styles of German-Speaking Psychotherapists Differ from a Norm, and Male Psychotherapists Differ from Their Female Colleagues. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00840>
- Pineda, B., De Alvarado, E. L. y De Canales, F. (1994) Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de salud. *Organización Panamericana de la Salud*. <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf>
- Reidl-Martínez, L. (2013). Confiabilidad en la medición. *Investigación en educación médica*, 2(6), 107-111. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000200007&lng=es&tlng=es).
- Resolución N.º 0262-2020/UCV. Código de Ética en Investigación de la Universidad Cesar Vallejo (28 de Agosto del 2020). <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2020/11/RCUN%C2%B00262-2020-UCV-Aprueba-Actualizaci%C3%B3n-del-C%C3%B3digo-%C3%89tica-en-Investigaci%C3%B3n-1-1.pdf>
- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: an R package for structural equation modeling and more Version 0.5-12 (BETA). <https://users.ugent.be/~yrosseel/lavaan/lavaanIntroduction.pdf>
- Safran, J. & Muran, J. (2000). Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide. *The Guilford Press*.
- Santirso, F. A., Martín-Fernández, M., Lila, M., Gracia, E., & 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>

- Saxon, D., Firth, N., & Barkham, M. (2016). The Relationship Between Therapist Effects and Therapy Delivery Factors: Therapy Modality, Dosage, and Non-completion. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 705–715. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0750-5>
- Serralta, F., Da Cruz, S., Braga, P., & Abs, D. (2020). The Brazilian-adapted Working Alliance Inventory: preliminary report on the psychometric properties of the original and short revised versions. *Trends Psychiatry Psycoter*, 42(3), 256-261. <https://www.scielo.br/j/trends/a/PHQJPdHc9WfBGPksTrChyNG/?lang=en&format=pdf>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Summers, R. F. & Barber, J. P. (2003). Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill. *Academic Psychiatry* 27, 160–165. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.27.3.160>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Pearson Education.
- Tracey, T., & Kokotovic, A. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1 (3), 207-210. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>
- Tschacher, W., Haken, H., & Kyselo, M. (2015). Alliance: a common factor of psychotherapy modeled by structural theory. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi:10.3389/fpsyg.2015.00421>

- Ventura-León, (2019). De regreso a la validez basada en el contenido. *Adicciones Revista versión online*.  
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1213>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi:10.1002/wps.20238>
- Wu, J.-Y., Lin, J. J. H., Nian, M.-W., & Hsiao, Y.-C. (2017). A Solution to Modeling Multilevel Confirmatory Factor Analysis with Data Obtained from Complex Survey Sampling to Avoid Conflated Parameter Estimates. *Frontiers in Psychology*, 8.  
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01464/full>
- Yakeley, J. (2018). Psychoanalysis in modern mental health practice. *The Lancet Psychiatry*, 5(5), 443–450. [https://doi:10.1016/s2215-0366\(18\)30052-x](https://doi:10.1016/s2215-0366(18)30052-x)
- Yáñez, G., y Behar, R., (2009) Interpretaciones erradas del nivel de confianza en los intervalos de confianza y algunas explicaciones plausibles. [https://www.seiem.es/docs/comunicaciones/GruposXIII/depc/Yanez\\_Behar\\_R.pdf](https://www.seiem.es/docs/comunicaciones/GruposXIII/depc/Yanez_Behar_R.pdf)
- Yucel, SC., Ergin, E., Orgun, F., Gokçen, M., y Eser, I. (2020) Validity and reliability study of the Moral Distress Questionnaire in Turkish for nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2960.3319.<>
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369 - 376.  
<https://www.semanticscholar.org/paper/Current-concepts-of-transference.-Zetzel/3adbaea5ef51b1c9fdf152097bb7ed63848c7e18>

**ANEXOS**

**ANEXO 1**

*Matriz de Operacionalización de la Variable de Estudio*

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala de Medición</b>
Alianza Terapéutica	El terapeuta antes de cualquier intervención, lo primero que debe de hacer es enfatizar el rapport, debido a que ello, es la principal adherencia del paciente al tratamiento y del profesional el objetivo de la intervención, por esta razón el terapeuta al realizar la psicoterapia no debe de olvidar dichos puntos (del consultante, del terapeuta y de la conexión terapéutica), pues al final todo ello influirá en los resultados de su intervención (Andrade, 2005).	Se manifiestan mediante vínculos emocionales positivos de un paciente hacia el terapeuta, como pueden ser el respeto, llegar a ganarse su confianza, simpatía, cariño y la comprensión, pues esto se vuelve en una relación en la cual pactan acuerdos entre ambos ( paciente – psicoterapeuta).	Vínculo	1.Empatía 2.Confianza mutua 3.Aceptación	3 - 5 - 7 - 9	Likert
			Objetivo		4 - 6 - 10 - 11	El inventario está compuesto por 12 ítems de opción múltiple:  <i>1 = Nunca</i> <i>2 = Rara vez</i> <i>3 = De vez en cuando</i> <i>4 = A veces</i> <i>5 = A menudo</i> <i>6=Muy a menudo</i> <i>7=Siempre</i>
			Tareas		1 - 2 - 8 - 12	

## ANEXO 2

### Autorización del autor

 **EDITH EVELYN YCHPAS CHOQUE** <eychpas@ucvvirtual.edu.pe> mar, 22 jun 17:28 (hace 5 días) ☆ ↶ ⋮  
para nelson.andrade ▾

Buenas tardes  
Me contacto porque estoy realizando mi tesis para obtener el título de licenciada en psicología, y estoy solicitando para mi tesis el instrumento de alianza terapéutica para pacientes con sus claves de corrección.

desde ya agradezco muchísimo

saludos desde Perú  
atentamente YCHPAS CHOQUE EDITH, EVELYN Y MI COMPAÑERA DE TESIS ELIZABETH MIRIAM PAREDES GAMBOA .

 **Andrade González Nelson** mar, 22 jun 18:06 (hace 5 días) ☆ ↶ ⋮  
para mí ▾

Buenas noches Edith.

Muchas gracias por su interés en el trabajo que realizamos. Me gustaría saber el título de su proyecto y qué instrumento desea.

Un saludo.

Dr. Nelson Andrade-González  
[Coordinador del Experto en Trastornos Afectivos](#)  
[Grupo de Investigación en Procesos Relacionales y Psicoterapia](#)

 Universidad de Alcalá

 **EDITH EVELYN YCHPAS CHOQUE** <eychpas@ucvvirtual.edu.pe> mar, 22 jun 20:15 (hace 5 días) ☆ ↶ ⋮  
para Andrade ▾

Hola Nelson, buenas noches  
Gracias por la pronta respuesta!  
Me parece muy interesante el trabajo que realizaron! Yo particularmente para mi tesis necesito el working Alliance Inventory (WAI-S) en la versión para PACIENTES.  
Muchas gracias!  
Saludos cordiales

El título de mi tesis es "Validación del Working Alliance Inventory (WAI-versión paciente) en consultores que acuden a tratamiento psicoterapéutico en Lima Metropolitana

...

 **Andrade González Nelson** mié, 23 jun 19:01 (hace 4 días) ☆ ↶ ⋮  
para mí ▾

Buenas noches Edith.

En relación con la prueba que me pide, le adjunto 3 archivos:

# ANEXOS

## Anexo 1: Autorización de uso de instrumentos



**Andrade González Nelson**  
para mí ▾

mié, 23 jun 19:01 (hace 4 días) ☆ ↶ ⋮

Buenas noches Edith.

En relación con la prueba que me pide, le adjunto 3 archivos:

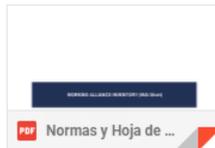
1. Adaptación española del *Working Alliance Inventory*. Versión corta para pacientes (WAI-S-P).
2. Hoja de corrección.
3. Artículo en el que aparece esta adaptación que deberá citar en la publicación que surja de su trabajo.

Un saludo.

Nelson Andrade-González



### 3 archivos adjuntos



## Anexo 2: Instrumentos

### WORKIN ALLIANCE INVENTORY (WAI-Short)

Código:

Fecha:

#### Instrucciones

En esta página hay frases que describen las distintas opiniones o emociones que un paciente puede tener en relación con su terapeuta. Si la frase describe lo que usted opina o siente **siempre** acerca de su terapeuta, rodee con un círculo el número 7; si por el contrario **nunca** opina o siente así acerca de él, marque el número 1. Emplee los números intermedios para expresar su opinión entre estos dos extremos.

Este cuestionario es CONFIDENCIAL. Su terapeuta no verá sus respuestas. No se detenga mucho en las preguntas; lo que nos interesa es su primera impresión. POR FAVOR, ASEGÚRESE DE CONTESTAR A **TODAS** LAS PREGUNTAS. Gracias por su colaboración.

**1. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo sobre lo que tengo que hacer en la terapia para mejorar mi situación.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**2. Lo que estoy haciendo en la terapia me proporciona nuevos puntos de vista sobre mi problema.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**3. Creo que a mi terapeuta le caigo bien.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**4. Mi terapeuta no entiende lo que estoy intentando conseguir en la terapia.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**5. Confío en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**6. Mi terapeuta y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**7. Creo que mi terapeuta me aprecia.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**8. Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que yo trabaje.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**9. Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**10. Mi terapeuta y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son mis verdaderos problemas.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**11. Mi terapeuta y yo entendemos qué tipo de cambios me vendrían bien.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre

**12. Creo que estamos trabajando en mi problema de forma adecuada.**

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre



### ANEXO 3

Formulario del Google Drive del Instrumento WAI-S-P.

Hola!! Espero que te encuentres bien de salud. 🤒  
Recibe un cordial saludo de parte de Elizabeth y Evelyn estudiantes de la carrera profesional de Psicología de la Universidad Cesar Vallejo. En esta oportunidad estamos realizando una investigación, sobre la " Validación del (WAI-S versión paciente) en consultores que acuden a tratamiento psicoterapéutico en Lima Metropolitana", para así obtener nuestro Título Profesional, por la cual pido tu apoyo para que puedas desarrollar esta encuesta. 🎓

\*Entra aquí para llenar la encuesta: <https://forms.gle/Ae9gcSsaUMKJtaJS9>

#### 📝 REQUISITOS 📝

- 📌 Radicar en Lima Metropolitana.
- 📌 Mayores de 18 años.
- 📌 Acudir a terapia psicológica.

😊 Agradecemos tu tiempo y gracias 📄



## INVENTARIO DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA CORTA - VERSIÓN PACIENTE

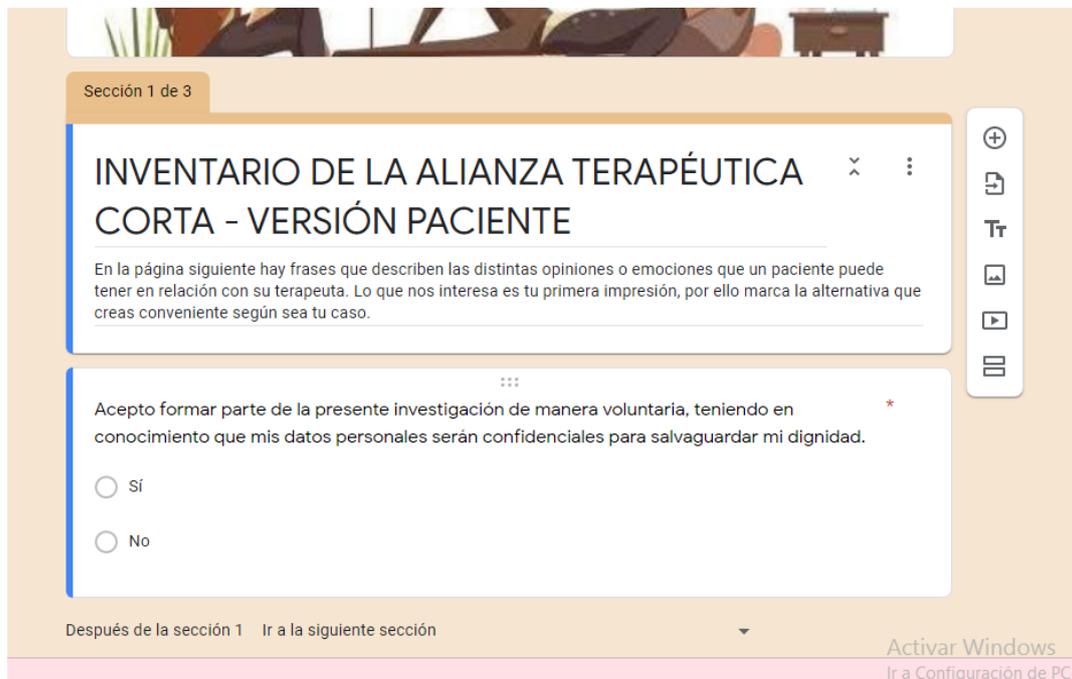
En la página siguiente hay frases que describen las distintas opiniones o emociones que un paciente puede tener en relación con su terapeuta. Lo que nos interesa es tu primera impresión, por ello marca la alternativa que creas conveniente según sea tu caso.

🔒 elizaparedesgamboa5@gmail.com  
(no compartidos) [Cambiar de color](#) 📌

🔄 Borrador restaurado

## ANEXO 4

### Consentimiento Informado



Sección 1 de 3

## INVENTARIO DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA CORTA - VERSIÓN PACIENTE

En la página siguiente hay frases que describen las distintas opiniones o emociones que un paciente puede tener en relación con su terapeuta. Lo que nos interesa es tu primera impresión, por ello marca la alternativa que creas conveniente según sea tu caso.

...

Acepto formar parte de la presente investigación de manera voluntaria, teniendo en conocimiento que mis datos personales serán confidenciales para salvaguardar mi dignidad. \*

Sí

No

Después de la sección 1 Ir a la siguiente sección

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC

ANEXO 5

Criterio de Juicio de Expertos

**Certificado de validez de contenido del instrumento de Alianza terapéutica**

Opción de aplicabilidad: Aplicable

Apellido y nombres del juez validador: Mg. Jose Luis Pereyra Quiñones

DNI: 08004265

Formación académica del validador:

Institución	Especialidad	Periodo formativo

Experiencia profesional del validador

Institución	Cargo	Lugar	Periodo Laboral	Funciones
UCV	Asociado a la calidad de experto en la variable y problemática de investigación			



JOSE LUIS PEREYRA QUIÑONES  
PSICÓLOGO COLEGIADO 4536

**Certificado de validez de contenido del instrumento de Alianza terapéutica**

Opción de aplicabilidad: Aplicable

Apellido y nombres del juez validador: Mg. Gregorio Ernesto Tomas Quispe

DNI: 09366493

Formación académica del validador:

Institución	Especialidad	Periodo formativo
Universidad San Martin de Porres	Psicología	1990-1996

Experiencia profesional del validador

Institución	Cargo	Lugar	Periodo Laboral	Funciones
UCV	Docente	Lima Norte	2017-2020	Asesor Metodólogo y práctico



PSICOTERAPEUTA  
C.O.P. 7248

Firma del Experto Informante.

### Certificado de validez de contenido del instrumento de Alianza terapéutica

Opción de aplicabilidad: Aplicable

Apellido y nombres del juez validador: Mg. Denegri Velarde María Isabel

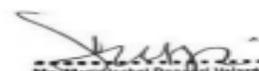
DNI: 06367190

Formación académica del validador:

Institución	Especialidad	Periodo formativo
Universidad Inca Garcilaso de la Vega	Psicología	1989-1996
UCV	Maestría	2015-2017

Experiencia profesional del validador

Institución	Cargo	Lugar	Periodo Laboral	Funciones
Hc.PNP	Psicología	Jesús María	1995-2010	Psicología clínica y psicoterapia
UCV	Psicología	Lima norte	2015-2020	Docente psicología clínica



Mg. María Isabel Denegri Velarde  
C.P. 6732  
PSICOLOGA

Firma del Experto Informante.

### Certificado de validez de contenido del instrumento de Alianza terapéutica

Opción de aplicabilidad: Aplicable

Apellido y nombres del juez validador: Mg. Joe Sanz Torres

DNI: 43570221

Formación académica del validador:

Institución	Especialidad	Periodo formativo
Psicología-UNMSM	Clínica	2006-2001

Experiencia profesional del validador

Institución	Cargo	Lugar	Periodo Laboral	Funciones
UCV	DTP	SJL	2014-2020	DTP



Mg. Joe J. Saenz Torres  
PSICÓLOGO  
C.P. P. 222