

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL WORKING ALLIANCE INVENTORY EN TERAPEUTAS VENEZOLANOS (WAI-T)

*Psychometric Properties of the Working Alliance
Inventory in Venezuelan Therapists (WAI-T)*

MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ-URDANETA

Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela

Email: majomrtinz@gmail.com

Admisión: 22-08-2023

Aceptación: 16-10-2023

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo realizar una revisión psicométrica del Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas, en el contexto venezolano, para así conocer cómo se comporta el instrumento en la población venezolana y brindar un acercamiento inicial al estudio de la magnitud de la de la relación terapéutica con exactitud, e inferir cómo se practica la psicoterapia en Venezuela, basada en la conceptualización de Bordin en 1976. El diseño de esta investigación es no experimental, con un nivel descriptivo. La muestra estuvo constituida por 200 terapeutas venezolanos quienes completaron el instrumento mediante un formulario digital. Se evidenció que la validez de constructo resultó en valores altos y la consistencia interna del instrumento exhibió valores aceptables, entre 0.676 y 0.791, por lo que se puede afirmar que la confiabilidad del instrumento es adecuada.

PALABRAS CLAVE: Alianza terapéutica, validez, confiabilidad, terapeuta, propiedades psicométricas

ABSTRACT

The objective of the following research is to carry out a psychometric review of the Working Alliance Inventory in Venezuela in its version for therapists, in order to how the instrument's behavior in the Venezuelan population and thus be able to know the magnitude of the therapeutic relationship with accuracy and infer how psychotherapy is practiced in Venezuela, based on Bordin's study on 1976. This research is psychometric and descriptive level, with a non-experimental design. The sample consisted of 200 Venezuelan therapists who completed the instrument using a form. Its construct validity resulted in high values and the internal consistency of the instrument exhibited acceptable values, between 0.676 and 0.791.

KEY WORDS: Working Alliance, Validity, Reliability, Therapist, Psychometric Properties

COMO CITAR: Martinez-Urdaneta, M. (2024). Propiedades Psicométricas del Working Alliance Inventory en terapeutas venezolanos (WAI-T). *Sistemas Humanos*, 4(1), 103-114 pp

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se entiende la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica intersubjetivo que promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación del entorno, la salud física, psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar psicosocial de personas o grupos, que presenta algún tipo de sufrimiento o desadaptación (Santibáñez et al. 2009). La práctica de la psicoterapia incluye el tratamiento de los trastornos psíquicos, con el objetivo de generar un cambio saludable en el paciente y su definición de la psicoterapia lleva implícito un encuentro entre dos personas con roles distintos, implicadas en el acto (Campo-Redondo et al. 2019).

Dentro de la psicoterapia, suele darse lo que se conoce como alianza terapéutica, que actualmente es considerado como un factor importante en el éxito del proceso terapéutico. La alianza terapéutica, se entiende como el encuentro entre dos personas, una que busca ayuda y la otra que proporciona la ayuda, en el cual se establece un vínculo, importante y necesario, para abordar el proceso del paciente. Se origina en la corriente psicoanalítica, cuando Freud (1913) remarca la importancia de esa relación como posibilitadora del cambio. A lo largo de los años, este concepto ha sido estudiado ampliamente, algunos autores afirman que el éxito del proceso terapéutico depende en su mayor parte del paciente, otros afirman que depende del terapeuta, mientras que hay autores que establecen que es un trabajo de ambos, paciente y terapeuta.

Safran y Muran (2000) en una amplia revisión del concepto de psicoterapia y un planteamiento de la resolución del conflicto o impasse en la psicoterapia, explican que la alianza es parte fundamental del proceso de cambio, debido a que cuando los pacientes se sienten suficientemente respetados por sus terapeutas y confían en ellos para comenzar a reconocer las partes inaceptables de sí mismos, comienza el cambio; el terapeuta también debe reconocer y cultivar la aceptación de esas partes de sí para reconocer sus propias contribuciones a la interacción y a desenredarse de la matriz relacional del paciente.

Como lo sugiere Ávila-Espada (2005), al señalar que el terapeuta en la “relación de trabajo” opera con una sutil mezcla de los aspectos en los que se está implicado de manera profunda con su propia subjetividad a pesar que se utilicen conocimientos y prácticas de saberes técnicos para intentar operacionalizar el proceso. De igual manera, Corbella y Botella (2003) consideran que la alianza terapéutica es una construcción entre paciente y terapeuta, donde la relación establecida y la visión del otro es relevante para el establecimiento de la alianza.

En este sentido, para efectos de esta investigación, destaca la conceptualización de Bordin (1976) acerca de lo que es la alianza terapéutica, entendida como una relación consciente entre dos personas, terapeuta y paciente, que involucra acuerdos y colaboración entre ellos. Señala tres aspectos fundamentales que componen la alianza terapéutica y que la combinación de ellas define la calidad y fuerza de la alianza: a) acuerdo entre paciente y terapeuta respecto a los objetivos de la terapia, es decir, qué es lo que se pretende lograr con la intervención; b) acuerdo entre paciente y terapeuta en las tareas para conseguir los objetivos propuestos; y c) vínculo entre terapeuta y paciente, que incluye la mutua confianza y aceptación, la calidad del vínculo determina el tono emocional de la experiencia del paciente e influye en su colaboración en el proceso.

Ahora bien, el estudio cualitativo de estos procesos intersubjetivos y del vínculo entre el paciente y terapeuta es importante y ha sido ampliamente revisado, sin embargo, el estudio cuantitativo no ha sido revisado de manera tan exhaustiva; es bien conocido que la psicoterapia se beneficia de la cuantificación, y debido a que el terapeuta es responsable de dirigir el proceso, es necesario hacerlo con técnicas objetivas. Arguelles en 2017, estudió cómo es la relación de trabajo entre el paciente y su terapeuta, en el cual concluyó que los pacientes involucrados en el proceso terapéutico logran establecer

una alianza adecuada con su terapeuta, lo que implica que el vínculo entre ellos se forma en menor tiempo, su constancia en las sesiones logra que las metas establecidas sean alcanzadas.

En Venezuela, el cómo aparece y desarrolla la alianza terapéutica ha sido poco estudiado, por lo que es importante ampliar la línea de investigación de medición en psicoterapia, al hacerlo, se pueden analizar las variables que intervienen en el desempeño del terapeuta y los aspectos que influyen en el proceso terapéutico, de modo que puedan adaptarse y mejorarse los tratamientos aplicados a la población venezolana; además contribuye a desarrollar un modelo de supervisión de psicoterapeutas adaptado a las necesidades del venezolano, que permita la optimización de la efectividad y experiencia en psicoterapia, de ahí la importancia de un instrumento válido y confiable en nuestra población.

Debido a lo expuesto anteriormente, en esta investigación, se pretende realizar una revisión psicométrica del Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas (WAI-T) en el contexto venezolano. El Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas (WAI-T) consta de 36 ítems organizados en tres sub-escalas, Vínculo, Metas y Tareas, conformadas por 12 reactivos de respuesta cada una, para responderla se utiliza una escala de Likert de siete (7) puntos que va desde la opción “nunca” (1) a “siempre” (7). El tiempo de aplicación del instrumento es de aproximadamente 20 minutos. Respecto a su interpretación, se entiende que mientras mayor cantidad de puntos se obtenga, la alianza es fuerte, pero mientras menos sea la cantidad de puntos, la alianza es débil.

Para conocer cómo se comporta la medición de la variable en el contexto venezolano es necesario conocer sus propiedades psicométricas; se sabe que todo instrumento de medición debe reunir dos requisitos fundamentales, que son la validez y la confiabilidad, por ello se pretende hacer énfasis de dichas propiedades dentro del marco investigativo. En este sentido, Anastasi y Urbina (1998) explica que la validez tiene que ver con lo que mide el instrumento y qué tan bien lo hace, indican qué se puede inferir a partir de los resultados; se refleja la validez de contenido y la validez de constructo. La validez de contenido se refiere a la adecuación del muestreo del contenido del instrumento (Kerlinger, 2002), y es el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido del constructo a medirse (Salkind, 1999). Por otra parte, la validez de constructo se refiere al grado en el que se mide una elaboración o rasgo teórico a través del test (Anastasi y Urbina, 1998); el interés está centrado en las propiedades que mide, es decir, en la interpretabilidad y significado de las puntuaciones (Kerlinger, 2002).

La confiabilidad en una escala de medición se relaciona con la precisión con la que el instrumento mide aquello que se desea (Kerlinger, 2002); pretende la consistencia de las puntuaciones obtenidas en distintas aplicaciones del test. Uno de los métodos para establecer la confiabilidad del instrumento es mediante el Alfa de Cronbach, este se basa en la consistencia de las respuestas de los sujetos a todos los elementos del test (Anastasi y Urbina 1998).

En el 2015 Andrade-González y Fernández-Liria adaptaron al español el Working Alliance Inventory (WAI), tanto su versión para terapeutas como para pacientes, utilizaron una muestra de 36 pacientes y 21 terapeutas. Los resultados de la investigación evidenciaron para ambas escalas una buena consistencia interna y una excelente validez convergente; es importante mencionar que la confiabilidad para la versión de terapeutas resultó en $\alpha = 0.97$ que corresponde con los resultados obtenidos en el instrumento original. Este inventario, creado por Horvarth (1981) basándose en la teoría de Bordin (1976), permite justamente establecer la fuerza de la alianza de trabajo entre terapeuta-paciente a través de la medición de tres dimensiones: vínculo, tarea y metas.

Igualmente, Moreno (2020) calculó las propiedades psicométricas de la versión para terapeutas del instrumento en Colombia en una muestra de 63 terapeutas de distintas corrientes teóricas, resultando una consistencia interna de $\alpha=.96$. Por su parte, Gómez (2019) determinó las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory (WAI) en su versión para terapeutas (WAI-T) y en su versión para pacientes (WAI-P) en Venezuela, utilizando una muestra de 50 pacientes y 50 terapeutas; los resultados arrojaron que la consistencia interna para la versión de pacientes fue alta ($\alpha=.82$) mientras que para la de terapeutas fue $\alpha=.66$; esta investigación fue un primer intento de establecer cómo se comporta el instrumento en la población venezolana, sin embargo, las limitantes del estudio no permitieron realizar un análisis exhaustivo de los instrumentos en la población, de allí el interés de esta investigación, obtener mejores datos de confiabilidad y validez para el instrumento en su versión para terapeutas.

Estas investigaciones coinciden en un importante hecho, y es que para que el proceso terapéutico sea exitoso debe existir compromiso tanto del terapeuta como del paciente, eso formará el vínculo que permitirá que las metas que el paciente lleva consigo para su proceso terapéutico puedan cumplirse, por eso es importante contar con una herramienta que permita su cuantificación. Investigaciones como las de Andrade-González y Fernández-Liria (2015), Gómez (2019) y Moreno (2020), permiten aproximarnos a saber la magnitud de la relación terapéutica con exactitud desde un punto de vista cuantitativo.

Si bien es cierto que el instrumento posee tanto una versión para terapeutas como para pacientes y ha sido estudiado en conjunto, ha sido en muestras pequeñas, lo que supone poca variabilidad en el estudio y los resultados en la población venezolana no han sido satisfactorios. De igual manera, es importante resaltar la importancia de comenzar el estudio con la versión para terapeutas debido a que éste es la persona que dirige el proceso y es necesario para la supervisión clínica y búsqueda de resolución de impases en el proceso terapéutico.

Su relevancia científico-práctica se sitúa en la importancia de tener un instrumento psicológico confiable, en la población venezolana para acercarnos a conocer cómo se forma el vínculo entre el terapeuta-paciente; y cómo el terapeuta, junto a su paciente, trazan las metas y tareas en el proceso terapéutico. Es necesario, por tanto, proveer a los terapeutas un instrumento válido y confiable que les permita establecer cómo es dada la alianza de trabajo en el contexto venezolano, conocer cuáles son los factores que intervienen en el proceso y cómo pueden mejorarse, así como evaluar el desempeño del terapeuta, la calidad y relación del vínculo desde su punto de vista.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas del Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas (WAI-T)? En consecuencia, el objetivo principal de esta investigación pretende responder al problema de investigación al identificar la validez y la confiabilidad del WAI-T en psicoterapeutas venezolanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación es de tipo psicométrico, con un nivel descriptivo y un modelo de estudio de campo puesto que el propósito final de esta investigación revisar el Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas, establecer las propiedades psicométricas con datos recolectables directamente de los sujetos de investigación, en este caso, terapeutas venezolanos. Su diseño es no experimental, de tipo transeccional-descriptivo debido a que no hubo manipulación intencional de la variable y el instrumento, para medir la variable, fue aplicado en una sola ocasión. La población utilizada en la investigación son terapeutas venezolanos, sean o no actuales residentes del país, el muestreo es de tipo no probabilístico-bola de nieve ya que los terapeutas a utilizar como sujetos para completar el instrumento fueron aquellos referidos por otros psicoterapeutas.

Para la selección del tamaño de la muestra, se utilizó el método de proporción de personas por ítem (N/p), Gorsuch (1983) explica que el número mínimo de sujetos que se necesitan para un análisis es de tres a cinco sujetos por reactivo; con el fin de obtener factores confiables, indica una proporción de 5:1. El WAI-T posee 36 ítems, por cada ítem debe haber cincos sujetos, por lo que el tamaño de la muestra mínimo es 180 sujetos; para asegurar mejores resultados se utilizaron 200 sujetos, de los cuales 132 eran femeninos y 68 masculinos, en edades comprendidas entre 21 y 63 años, de distintas corrientes, siendo: 92 personas del enfoque Cognitivo Conductual, 36 de Psicoanálisis, 30 de Humanismo, 22 de Gestalt, 14 del enfoque Sistémico y 6 Conductistas.

El Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas (WAI-T), creado por Horvath y Greenberg (1986), y posteriormente traducido al español por Andrade-González y Fernández-Liria en 2005, consta de 36 ítems organizados en tres sub-escalas: vínculo, metas y tareas, conformadas por 12 reactivos de respuesta cada una, como se expresa en la Tabla 1; para responderla se utiliza una escala de Likert de siete (7) puntos que va desde la opción “nunca” (1) a “siempre” (7). Este instrumento fue creado con el objetivo de medir la alianza de trabajo entre paciente y terapeutas, por lo que crearon tres versiones auto-aplicables, una para pacientes, otra para terapeutas y una para observadores. El tiempo de aplicación del instrumento es de aproximadamente 20 minutos. Para su corrección deben invertirse los ítems negativos y realizar la suma dividida de las dimensiones y el total de la escala de respuesta, obteniendo un puntaje mínimo de 36 y un máximo de 252.

Tabla 1
Ítems del Working Alliance Inventory – Therapist Form (WAI-T)

Variable	Dimensión	Ítem
Alianza Terapéutica	Vínculo	1(-), 5(+), 8(+), 17(+), 19(+), 20(-), 21(+), 23(+), 26(+), 28(+), 29(-), 36(+)
	Objetivos	3(-), 6(+), 9(-), 10(-), 12(-), 14(+), 22(+), 25(+), 27(-), 30(+), 32(+), 34(-)
	Tarea	2(+), 4(+), 7(-), 11(-), 13(+), 15(-), 16(+), 18(+), 24(+), 31(-), 33(-), 35(+)

Fuente: Andrade-González y Fernández-Liria (2015)

En cuanto a las propiedades psicométricas, del instrumento original en inglés, Horvath y Greenberg (1986) encontraron que el coeficiente de confiabilidad basado en la consistencia interna fue de .87, de igual manera, encontraron una adecuada validez convergente y divergente en la versión original. Para su versión en español, Andrade-González y Fernández-Liria (2015) establecieron la validez de constructo y la correlación entre las sub-escalas fue de .81-.92 ($p < 0.1$) después de la tercera sesión de terapia y .75-.92 ($p < 0.1$) después de la décima sesión. Indicaron que, en ambas medidas y en el mismo período de tiempo, la correlación entre las sub-escalas Metas y Tareas fue mayor que la correlación entre Vínculo y Metas y que Vínculo y Tareas. Respecto a su confiabilidad, se encontró un Alfa de Cronbach para la escala total de la Alianza de 0.96; para sus sub-escalas se encontraron índices de 0.86, 0.93 y 0.90 para vínculo, metas y tareas respectivamente, luego de la tercera y décima sesión sin variar el alfa de la escala total, lo que significa que el instrumento es altamente confiable.

En esta investigación, se identificaron las propiedades psicométricas de acuerdo a los siguientes procedimientos: para establecer la validez de contenido, tres jueces expertos evaluaron la adecuación en la traducción de los ítems del Working Alliance Inventory - T (WAI-T) con el fin de encontrar posibles diferencias a nivel lingüístico y semántico. La validez de constructo fue establecida mediante el análisis factorial; la confiabilidad se estableció mediante el método de consistencia interna. Por último, se creó un baremo de interpretación del instrumento, tomando la frecuencia de los percentiles para realizarlo, así como se expresa en la Tabla 2 a continuación:

Tabla 2
Baremo de Interpretación WAI-T

Baja	Media	Alta
36-117	118-140	141-252

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El primer procedimiento realizado fue identificar la validez de contenido del instrumento, el cual fue determinado mediante el criterio de tres jueces expertos en el área, dos psicólogos clínicos con experiencia en psicoterapia y en el estudio de la alianza terapéutica, evaluaron la adecuación de los reactivos de la prueba con la teoría planteada por Bordin (1976); y un licenciado en idiomas para verificar la adecuación de la traducción realizada por Andrade-González y Fernández-Liria (2015). Se decidió conservar el sentido y contenido del instrumento original, al no encontrarse diferencias significativas en la traducción realizada por Andrade.

La validez de constructo se identificó a través del análisis factorial. Para ello, se realizó un análisis de componentes principales, en el cual las pruebas de adecuación muestral permitieron comprobar la adecuación de los datos para efectuar el análisis factorial, donde, como se expresa en la Tabla 3, el índice de KMO=0.912 indica que la relación entre las variables es alta puesto que los coeficientes se correlacionan mientras más cerca se encuentren de 1. Para la prueba de esfericidad de Bartlett, se obtuvo un chi-cuadrado = 3460,362 y una sig= .000 que indica que la relación entre las variables es alta y se puede aplicar el análisis factorial. Además, se observaron las comunalidades (Tabla 4) las cuales 33 de 36 ítems estuvieron por encima de 0,50 indicando así que los ítems están relacionados.

Tabla 3
Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,912
	Aprox. Chi-cuadrado	3460,362
Prueba de esfericidad de Bartlett	Gl	630
	Sig.	,000

Tabla 4
 Comunalidades

	Extracción
1. Me siento incómodo con mi paciente	,474
2. Mi paciente y yo estamos de acuerdo sobre qué hacer para mejorar su situación.	,639
3. Tengo dudas sobre el resultado de estas sesiones.	,676
4. Mi paciente y yo estamos seguros de la utilidad de las actividades que realizamos en la terapia.	,684
5. Creo que realmente entiendo a mi paciente.	,653
6. Mi paciente y yo estamos de acuerdo en cuanto a sus objetivos.	,666
7. Mi paciente no tiene claro qué es lo que estamos haciendo en terapia.	,684
8. Creo que a mi paciente le caigo bien.	,587
9. Tengo que aclarar con mi paciente el objetivo de nuestras sesiones.	,771
10. No estoy de acuerdo con mi paciente en los objetivos de estas sesiones.	,637
11. Creo que mi paciente y yo no aprovechamos de una manera efectiva el tiempo que pasamos juntos.	,438
12. Tengo dudas sobre lo que estamos intentando conseguir en la terapia.	,556
13. Soy claro y explícito con las responsabilidades de mi paciente en la terapia.	,672
14. Los objetivos de estas sesiones son importantes para mi paciente.	,649
15. Creo que lo que mi paciente y yo estamos haciendo en la terapia no tiene que ver con sus preocupaciones.	,627
16. Estoy seguro de lo que hacemos en la terapia va a ayudar a mi paciente a conseguir los cambios que quiere.	,554
17. Realmente me importa el bienestar de mi paciente.	601
18. Tengo claro lo que espero que mi paciente haga en estas sesiones.	,592
19. Mi paciente y yo nos respetamos mutuamente.	,629
20. Creo que no soy totalmente sincero acerca de lo que siento hacia mi paciente.	,593
21. Confío en mi capacidad para ayudar a mi paciente.	,552
22. Mi paciente y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado.	,601
23. Aprecio a mi paciente como persona.	,577
24. Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que trabaje mi paciente.	,546
25. Gracias a estas sesiones mi paciente tiene más claro cómo puede cambiar.	,707
26. Entre mi paciente y yo hemos creado un clima de confianza mutua.	,664
27. Mi paciente y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son sus verdaderos problemas.	,650
28. Nuestra relación es importante para mi paciente.	,594
29. Mi paciente teme que si dice o hace algo equivocado, dejaré de trabajar con él.	,616
30. Mi paciente y yo hemos colaborado para establecer los objetivos de estas sesiones.	,519
31. Mi paciente se frustra por lo que le pido que haga en la terapia.	,436
32. Mi paciente y yo entendemos qué tipo de cambios le vendrían bien.	,615
33. Las cosas que hacemos en la terapia no tienen sentido para mi paciente.	,601
34. Mi paciente no sabe qué esperar de la terapia.	,580
35. Mi paciente cree que estamos trabajando en su problema de forma adecuada.	,655
36. Respeto a mi paciente incluso cuando hace cosas que no me parecen bien.	,574

MÉTODO DE EXTRACCIÓN: ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES

Se procedió a realizar el análisis factorial en el cual se encontraron ocho factores que explicaron el 60,753% de la varianza total. El primer factor representa una carga factorial mayor, resultando en el 36,375% de la varianza total; la suma del segundo y tercer factor representa un total del 7,867% de la varianza total y el 16,512% la suma del resto de los factores. En un intento de dar explicación a los ocho

factores, se realizó la rotación de los ítems, sin embargo, con los resultados no se puede afirmar que, como lo indica la teoría de Bordin (1976), existen solamente tres dimensiones que en efecto interfieran en la alianza terapéutica, por lo que puede pensarse que existen más factores además del vínculo, las tareas y las metas dentro de la alianza terapéutica.

Al examinar las cargas factoriales de cada ítem, se verificó la matriz de componente para revisar cada uno de ellos, se encontró que los ítems poseen una correlación entre 0.404 a 0.729; de los cuales 32 de los 36 ítems que conforman el instrumento correlacionaron mejor con el primer factor, los ítems 4 y 27 correlacionaron mejor con el segundo factor, el ítem 9 correlacionó mejor con el tercer factor. El ítem 5 a pesar de tener correlación aceptable con el primer factor, tuvo mejor puntuación con el cuarto (Tabla 5).

Tabla 5
Matriz de componente WAI-T

1. Me siento incómodo con mi paciente	-,570 (F. 1)
2. Mi paciente y yo estamos de acuerdo sobre qué hacer para mejorar su situación.	,670 (F. 1)
3. Tengo dudas sobre el resultado de estas sesiones.	-,568 (F. 1)
4. Mi paciente y yo estamos seguros de la utilidad de las actividades que realizamos en la terapia.	,443 (F. 1) ,470 (F. 2)
5. Creo que realmente entiendo a mi paciente.	,494 (F. 1) ,566 (F. 4)
6. Mi paciente y yo estamos de acuerdo en cuanto a sus objetivos.	,714 (F. 1)
7. Mi paciente no tiene claro qué es lo que estamos haciendo en terapia.	-,528 (F. 1)
8. Creo que a mi paciente le caigo bien.	,571 (F. 1)
9. Tengo que aclarar con mi paciente el objetivo de nuestras sesiones.	,584 (F. 3)
10. No estoy de acuerdo con mi paciente en los objetivos de estas sesiones.	-,667 (F. 1)
11. Creo que mi paciente y yo no aprovechamos de una manera efectiva el tiempo que pasamos juntos.	-,496 (F. 1)
12. Tengo dudas sobre lo que estamos intentando conseguir en la terapia.	-,589 (F. 1)
13. Soy claro y explícito con las responsabilidades de mi paciente en la terapia.	,695 (F. 1)
14. Los objetivos de estas sesiones son importantes para mi paciente.	,720 (F. 1)
15. Creo que lo que mi paciente y yo estamos haciendo en la terapia no tiene que ver con sus preocupaciones.	-,601 (F. 1)
16. Estoy seguro de lo que hacemos en la terapia va a ayudar a mi paciente a conseguir los cambios que quiere.	,580 (F. 1)
17. Realmente me importa el bienestar de mi paciente.	,724 (F. 1)
18. Tengo claro lo que espero que mi paciente haga en estas sesiones.	,534 (F. 1)
19. Mi paciente y yo nos respetamos mutuamente.	,729 (F. 1)
20. Creo que no soy totalmente sincero acerca de lo que siento hacia mi paciente.	-,453 (F. 1)
21. Confío en mi capacidad para ayudar a mi paciente.	,639 (F. 1)
22. Mi paciente y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado.	,724 (F. 1)
23. Aprecio a mi paciente como persona.	,605 (F. 1)
24. Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que trabaje mi paciente.	,627 (F. 1)
25. Gracias a estas sesiones mi paciente tiene más claro cómo puede cambiar.	,608 (F. 1)
26. Entre mi paciente y yo hemos creado un clima de confianza mutua.	,665 (F. 1)
27. Mi paciente y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son sus verdaderos problemas.	-,509 (F. 2)
28. Nuestra relación es importante para mi paciente.	,603 (F. 1)
29. Mi paciente teme que si dice o hace algo equivocado, dejaré de trabajar con él.	-,664 (F. 1)
30. Mi paciente y yo hemos colaborado para establecer los objetivos de estas sesiones.	,518 (F. 1)

Cont. Tabla 5
Matriz de componente WAI-T

31. Mi paciente se frustra por lo que le pido que haga en la terapia.	-,527 (F. 1)
32. Mi paciente y yo entendemos qué tipo de cambios le vendrían bien.	,615 (F. 1)
33. Las cosas que hacemos en la terapia no tienen sentido para mi paciente.	-,702 (F. 1)
34. Mi paciente no sabe qué esperar de la terapia.	-,663 (F. 1)
35. Mi paciente cree que estamos trabajando en su problema de forma adecuada.	,661 (F. 1)
36. Respeto a mi paciente incluso cuando hace cosas que no me parecen bien.	,720 (F. 1)

MÉTODO DE EXTRACCIÓN: ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES

Según los resultados obtenidos, se puede afirmar que el instrumento posee una buena validez de constructo, es decir, las dimensiones del instrumento están relacionadas entre sí, a pesar de que es difícil afirmar que el mismo pueda explicarse en tres factores, es probable que otros factores intervengan en la alianza, por ejemplo, la subjetividad del terapeuta va aunado al vínculo, pero según los resultados es posible que esos ítems que evalúan la subjetividad como parte del vínculo sea visto en el contexto venezolano como una sub-dimensión distinta.

Para efectos de la investigación, y porque la mayoría de los ítems se relacionaron mejor con el primer factor, el mismo se denominó "Alianza". Además, se observó que las correlaciones negativas corresponden a los ítems redactados de forma negativa. Es importante mencionar que el quinto ítem, perteneciente a la dimensión "Vínculo", correlaciona mejor con el cuarto factor, lo que supone tres cosas: a) la redacción del ítem es ambigua, b) supone una falta en la conceptualización del paciente por parte del terapeuta, lo que genera la pregunta: ¿qué tan bien conceptualizan los terapeutas venezolanos a sus pacientes? c) en el contexto venezolano, el ítem responde a una sub-dimensión distinta a la del vínculo, como lo puede ser la subjetividad del terapeuta que no necesariamente forma parte del vínculo, pero dicha sub-dimensión no ha sido identificada.

Se evidencia, además, como los ítems 4, 9 y 27, correspondientes a la dimensión "Objetivos", correlacionan mejor con un factor distinto al de Alianza, lo que genera la interrogante de ¿hasta qué punto el terapeuta venezolano respeta los objetivos del paciente?, ¿Realmente hay un acuerdo en las metas entre ambas partes?, ¿El enfoque que practica el terapeuta tiene tendencias muy directivas y no permite llegar a acuerdos con el paciente?

En este sentido, los resultados obtenidos no coinciden con los reportados por Gómez (2019), debido a que la varianza fue explicada por cinco factores, mientras que en esta ocasión se encontraron ocho factores que explican la varianza total del instrumento, a pesar que la mayor carga factorial se encuentre en los primeros cuatro factores. Es probable que estos resultados sean debido al tamaño de la muestra utilizada por Gómez, en la presente investigación se utilizó una muestra más grande, lo que representa más variabilidad en el análisis.

Por otra parte, respecto al análisis factorial, los resultados de esta investigación no pudieron ser contrastados directamente con la investigación realizada por Andrade-González y Fernández-Liria (2015), debido a que, por ser la muestra muy pequeña, no hicieron un análisis factorial, por lo que especificaron que no podían hablar de generalización, sin embargo, se cumplió con una de las recomendaciones al realizar el estudio en una muestra más grande, aunque en un contexto diferente.

Para estimar la confiabilidad del WAI-T, se determinó su homogeneidad mediante el método de consistencia interna, el procedimiento se realizó para la prueba total y sus tres dimensiones; los rangos de correlación encontrados indican una consistencia interna aceptable (Tabla 6), es decir, el WAI-T es

apropiado para medir el constructo de alianza terapéutica y sus dimensiones según la teoría planteada por Bordin (1976), sin embargo sería propicio realizar estudios posteriores respecto a los resultados, debido a que si bien los valores encontrados son aceptables, el puntaje es bajo.

Tabla 6

Coeficiente de Alfa de Cronbach del WAI-T

Total/Factor	No. ítem	Alfa de Cronbach
Total	36	0.785
Vínculo	12	0.676
Objetivo	12	0.791
Tarea	12	0.780

Los resultados arrojados en cuanto a la consistencia interna de la prueba son similares a los encontrados por Andrade-González y Fernández-Liria (2015), Gómez (2019) y Moreno (2020), lo que permite afirmar que en efecto el Working Alliance Inventory en su versión para terapeutas mide el constructo de alianza terapéutica en sus tres dimensiones: acuerdo en los objetivos, acuerdo en las tareas y vínculo. Sin embargo, se recomienda replicar el estudio con una muestra mayor para constatar los resultados obtenidos en este estudio y dar respuesta a las interrogantes anteriormente planteadas.

CONCLUSIONES

Esta investigación pretendió realizar una revisión psicométrica a un instrumento que mide la Alianza Terapéutica en la población venezolana. La validez de contenido fue determinada mediante el acuerdo entre jueces para determinar la calidad de traducción de los ítems, decidiendo conservar el sentido y contenido de la traducción realizada por Andrade-González y Fernández-Liria en 2005, al no encontrarse diferencias significativas. Por consiguiente, la validez de constructo se determinó mediante un análisis factorial exploratorio, encontrando ocho factores en un total de 36 ítems que explican el 60,753% la varianza total del instrumento, siendo el primer factor explicado por el 36,375%, el cual se denominó Alianza.

Es importante resaltar que, el ítem 5, perteneciente a la dimensión “Vínculo”, correlaciona mejor con el cuarto factor, lo que supone tres cosas: a) la redacción del ítem es ambigua, b) supone una falta en la conceptualización del paciente por parte del terapeuta, lo que genera la pregunta: ¿qué tan bien conceptualizan los terapeutas venezolanos a sus pacientes? c) en el contexto venezolano, el ítem responde a una sub-dimensión distinta a la del vínculo, como lo puede ser la subjetividad del terapeuta que no necesariamente forma parte del vínculo, pero dicha sub-dimensión no ha sido identificada. Se evidencia, además, como los ítems 4, 9 y 27, correspondientes a la dimensión “Objetivos”, correlacionan mejor con un factor distinto al de Alianza, lo que genera interrogantes referentes a: 1) el alcance respecto a los objetivos del paciente, 2) la verdadera existencia de un acuerdo entre ambas partes, respecto a las metas de la terapia y, 3) si el enfoque practicado por el terapeuta es muy directivo y complica llegar a acuerdos con el paciente. Es pertinente explorar estas interrogantes en futuras investigaciones.

Se puede afirmar que el instrumento posee una validez de constructo aceptable, explicándose en su mayoría en un factor, siendo congruente en cierta medida con la teoría de Bordin (1976), donde la combinación de las tres dimensiones es lo que determina la fuerza de la Alianza, sin embargo, es preciso explorar si dentro del contexto venezolano influyen más factores que no permiten que los ítems se expliquen en tres factores sino en ocho. Por otra parte, no se pudo contrastar los resultados de esta

investigación con la realizada por Andrade-González y Fernández -Liria (2015), debido a que, por ser la muestra muy pequeña no hicieron un análisis factorial, por lo que especificaron que no podían hablar de generalización, sin embargo, se cumplió con una de las recomendaciones al realizar el estudio en una muestra más grande, aunque en un contexto diferente.

La confiabilidad del instrumento se determinó mediante el método de consistencia interna, a través del Coeficiente Alfa de Cronbach, resultando en 0.785 el coeficiente total de la escala; también se determinó el coeficiente para cada una de sus dimensiones, resultado para vínculo $\alpha=0.676$, objetivo $\alpha=0.791$ y tarea $\alpha=0.780$. Se recomienda verificar la redacción de los ítems para la dimensión de vínculo, considerar eliminar alguno de los ítems que presenten correlaciones bajas en la dimensión, o aplicar el WAI en conjunto con otro instrumento para verificar si de esa forma aumenta la confiabilidad del instrumento, y en efecto se deben considerar otros factores para medir con precisión el constructo.

Debido a lo expuesto anteriormente, este instrumento es pertinente utilizarlo fundamentalmente para evaluar la relación terapéutica en la supervisión clínica, en este sentido, se puede dar respuesta a las interrogantes anteriormente planteadas y así conocer cómo se comporta el instrumento en la población venezolana, para posteriormente desarrollar un modelo de supervisión adaptado a las necesidades del venezolano, para optimizar la efectividad y experiencia en la psicoterapia.

Respecto a investigaciones anteriores, esta investigación fue la primera realizada con una muestra de 200 sujetos por lo que los resultados obtenidos presentaron algunas diferencias en cuanto al comportamiento del instrumento que solo había sido estudiado en muestras $n < 100$, especialmente en el análisis factorial. Finalmente, es importante realizar una revalidación del instrumento con una población mayor, también puede pensarse en realizarse en muestras estratificadas por corriente psicológica; al hacer una revisión con una muestra mayor se puede generar un análisis factorial más fiable ya que representa una mayor variabilidad en los datos y generar mejores resultados.

REFERENCIAS

- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test psicológicos*. Séptima Edición. Prentice Hall Pearson, México.
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015). Spanish adaptation of the working alliance Inventory (WAI): Psychometric properties of the patient and therapist form (WAI-P and WAI-T). *Anales de Psicología*, 31, 524-533. Doi:[10.6018/anales.31.2.177961](https://doi.org/10.6018/anales.31.2.177961).
- Arguelles, L. (2017). *Alianza de trabajo de pacientes y terapeutas venezolanos*. Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.
- Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 7 (2), 195-220.
- Bordin, E. S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Campo-Redondo M., García, E. M. y Gamboa, L. (2019). ¿Cómo practican los psicólogos la psicoterapia? Estudio fenomenológico de profesionales venezolanos. *Clínica e Investigación Relacional*, 13 (2), 455-476. doi: [10.21110/19882939.2019.130209](https://doi.org/10.21110/19882939.2019.130209).
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.

- Freud, S. (1913). On the beginning of the treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. En J. Strachey (Ed. And Trans). *The standard edition of the complete psychological Works of Sigmund Freud* (pp. 122-124). London: Hogarth Press.
- Gómez, K. (2019). *Propiedades psicométricas del working alliance inventory (WAI) en su versión para terapeuta y versión paciente (WAI-T y WAI-P), para la población venezolana (tesis de posgrado)*. Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.
- Gorsuch. (1983). *Factor Analysis*. L Erlbaum Associates. Hillsdale, New York.
- Horvath, A. O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: its measurement and relationship to therapy outcome* (tesis doctoral). University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En: L. S. Greenberg y W. M. Pinsof (eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 529-556). New York: Gullford Press.
- Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del comportamiento*. Cuarta Edición. McGrawHill, México.
- Moreno, N. (2020). *Estructura factorial del working alliance inventory –WAI– en terapeutas* (tesis de posgrado). Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York, NY, US: The Guildford Press.
- Salkind, N. J. (1999). *Métodos de investigación*. Tercera Edición. Pretince Hall, México.
- Santibañez, F., Roman, M. y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26 (2), 267-287.

NOTA ESPECIAL

Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado Working Alliance Inventory en Terapeutas Venezolanos (WAI-T), presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTO DE INTERÉS

La autora indica que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.