



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Actitudes de Psicólogos en Formación Y Profesionistas ante
Intervenciones en Línea Autoaplicadas

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Eduardo Bautista Valerio

Director: Dra. Anabel de la Rosa Gómez

Dictaminador: Lic. Alicia Ivet Flores Elvira



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Mayo, 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

El presente Manuscrito Receptonal se logró gracias al financiamiento del Proyecto PAPIIT TA300219 “Intervención online autoaplicada basada en técnicas de Psicología Positiva para la promoción de resiliencia ante desastres naturales”.

A mi directora la Dra. Anabel de la Rosa, por haberme brindado la oportunidad de pertenecer a este gran proyecto que ha estado lleno de mucho aprendizaje y compañerismo.

A todos los colaboradores del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) que le dan vida a este gran proyecto, por haberme proporcionado un escenario de aprendizaje y conocimiento que ha enriquecido mi formación académica, así mismo, me ha permitido conocer personas extraordinarias que me han brindado su amistad y apoyo incondicional.

A cada uno de los profesores, compañeros e instituciones que me proporcionaron su apoyo durante el proceso de mi formación académica.

A los profesionales y estudiantes que participaron en la presente investigación, pues, sin su ayuda este estudio no habría sido posible.

INDICE

Resumen.....	2
Abstract	3
Introducción	4
Marco teórico	5
Justificación metodológica.....	14
Justificación social	25
Planteamiento del problema.....	26
Preguntas de Investigación.....	26
Objetivos	26
Hipótesis.....	27
Método	27
Fase 1. Validación del Protocolo “CATAS”.....	27
Participantes	27
Instrumentos.....	28
Procedimiento	28
Fase 2. Aplicación del Protocolo “CATAS”	30
Participantes	30
Materiales e Instrumentos	31
Procedimiento	32
Resultados	33
Fase 1. Validación del Protocolo “CATAS”	33
Fase 2. Aplicación del Protocolo “CATAS”	37
Conclusiones y Limitaciones	55
Referencias.....	64
Anexos.....	72
Anexo 1	72
Anexo 2.....	83

Resumen

La incorporación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) a la psicología ha propiciado el desarrollo de nuevos tratamientos digitalizados para atender las demandas de salud mental, no obstante, existe una escasa diseminación de estos recursos en la práctica clínica, identificando que uno de los factores que inciden son las actitudes negativas que muestran muchos de los profesionales para utilizar estos programas de terapia. El presente trabajo fue de tipo no experimental con un diseño transversal (exploratorio-correlacional). Para fines de la investigación se incluyeron dos fases; la primera, consistió en la adaptación transcultural a México del Protocolo "CATAS", para ello, 10 expertos en la temática validaron su contenido; posteriormente, se realizó la aplicación del protocolo a una muestra total de 147 estudiantes y profesores de psicología de la FESI, UNAM, con el objetivo de explorar las actitudes que tenían ante las intervenciones mediadas por TIC's, así como identificar algunos factores que pueden influir en estas actitudes. Los resultados reportaron que el Protocolo "CATAS" obtuvo un buen grado de validez de contenido (IA=96.54%, V=0.97 $p<.001$) y una adecuada fiabilidad para las escalas que lo componen. Así mismo, los participantes mostraron actitudes positivas hacia los tratamientos y programas de capacitación digitales, este tipo de actitudes se relacionó con la facilidad de acceso tecnológico, familiaridad con los dispositivos digitales, disposición para utilizar nuevos tratamientos, años de experiencia, un mayor grado académico (profesores), y con algunas orientaciones teóricas (cognitivo-conductual y sistémico).

Palabras clave: actitudes, intervenciones asistidas por TIC's, validación, estudiantes, profesores.

Abstract

The incorporation of Information and Communication Technologies (ICTs) to psychology has led to the development of new digitized treatments to meet the demands of mental health, however, there is little dissemination of these resources in clinical practice, identifying that one of the influencing factors is the negative attitudes shown by many of the professionals to use these therapy programs. The present work was non-experimental with a cross-sectional design (exploratory-correlational). For the purposes of the research two phases were included; the first consisted of the transcultural adaptation to Mexico of the "CATAS" Protocol, for this, 10 experts on the subject validated its content; subsequently, the protocol was applied to a total sample of 147 students and psychology professors from FESI, UNAM, with the aim of exploring the attitudes they had towards ICT-mediated interventions, as well as identifying some factors that may influence these attitudes. The results reported that the "CATAS" Protocol obtained a good degree of content validity (AI = 96.54%, V = 0.97 p <.001) and adequate reliability for the scales that compose it. Likewise, the participants showed positive attitudes towards treatments and digital training programs, this type of attitudes was related to the ease of technological access, familiarity with digital devices, willingness to use new treatments, years of experience, a higher academic degree (teachers), and with some theoretical orientations (cognitive-behavioral and systemic).

Keywords: attitudes, ICTs-assisted interventions, validation, students, teachers.

Introducción

La incorporación de los recursos tecnológicos se ha extendido a diversas disciplinas científicas que buscan facilitar sus actividades profesionales, así como optimizar recursos y obtener mejores resultados. La psicología no ha sido la excepción, al incorporar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) a su práctica profesional, innovando estrategias de evaluación, prevención y tratamiento para diversos problemas emocionales y de la salud física.

Como consecuencia se han desarrollado nuevas líneas de investigación en la psicología que buscan estudiar la eficacia de los nuevos tratamientos psicológicos mediados por las TIC's, con el objetivo de proporcionar programas de intervención de calidad que fomenten el bienestar físico y emocional de las personas. Sin embargo, pese a que se dispone de múltiples programas que cuentan con evidencia científica sobre su eficacia, surge un inconveniente que está relacionado con la reticencia que muestran muchos psicólogos para utilizar este tipo de tratamientos, pues tienen actitudes de rechazo para incorporar los dispositivos digitales a su práctica profesional.

Cabe decir, que el tema de las actitudes de los psicólogos ante este tipo de programas ha sido poco estudiado en México y otros países, esto da cuenta a que existe una escasa literatura sobre el tema, sin embargo la necesidad de identificar las actitudes que muestran los profesionales de la salud mental sobre estos tratamientos y los factores que están relacionados, es muy importante, pues de esto depende su divulgación y uso para atender las demandas de la población en lo que confiere a salud mental, considerando que uno de los principales obstáculos es que los profesionales muestren actitudes negativas o de rechazo sobre estos tratamientos.

Por lo tanto, el presente estudio ha tenido como objetivo explorar las actitudes que tienen una muestra de estudiantes y profesionales de psicología sobre los tratamientos asistidos por TIC's, pues se ha considerado pertinente conocer la postura que tienen los profesionistas y estudiantes de psicología sobre la incorporación de las TIC's a la clínica, ya sea, que los profesionales utilicen estos recursos o que los estudiantes los consideren para su futura actividad profesional. Adicionalmente, se buscó estudiar la relación que tienen algunas variables con las actitudes positivas o negativas que pudieran tener estos profesionales o estudiantes, estas variables fueron; sociodemográficas (edad y sexo),

profesionales-académicas (lugar de trabajo, años de experiencia, grado académico, y orientación teórica), y las escalas que componen el Protocolo “CATAS”; Escala CFS-Familiaridad con las TIC’s, Escala TTCAAS-Actitudes hacia los entrenamientos clínicos mediados por TIC’s, Escala EBPAS/Apertura-Disposición para utilizar nuevos tratamientos, Acceso a la tecnología en el trabajo, y conocimiento sobre los programas digitalizados.

Tomando como base que no se contaba con un instrumento adecuado para medir el constructo psicológico de interés en la población mexicana, se recurrió a seleccionar el Protocolo “CATAS” (Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013) traducido al español castellano por Sánchez (2017), para ello se realizaron las adecuaciones pertinentes al protocolo para su transculturación a la población mexicana.

Marco teórico

En la actualidad las TIC’s se han ido incorporando a diversas disciplinas y a la población en general, esto ha originado cambios importantes en la forma de relacionarnos y en la realización de las actividades cotidianas. Distefano, Mongelo, O’conor, y Lamas (2015) mencionan que cuando hablamos de las TIC’s nos referimos a los dispositivos tecnológicos tanto hardware como software que permiten producir, manipular y compartir información. Por su parte Bunge, López, Mandil, Gomar y Borgialli (2009) retomaron el término acuñado en la literatura especializada "Tecnologías de la Información y la Comunicación" (TIC’s) o en inglés: “*Information and Communication Technologies*”, tal concepto se refiere a las herramientas que facilitan la creación, almacenamiento, organización y disseminación de información por medios electrónicos.

La incorporación de las TIC’s al sector de la salud propone a las diversas disciplinas una nueva herramienta para propiciar el desarrollo de múltiples estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, así mismo disminuir los desequilibrios y las desigualdades del acceso a los servicios de salud, y optimizar la relación coste-beneficio que a su vez favorezca el desarrollo y crecimiento de los sistemas de salud (Ramos, 2007).

Como resultado de la incorporación de las TIC’s a los sistemas de salud, se han desarrollado diversas herramientas digitales que permiten dar respuesta a las distintas tareas

del sector sanitario, como: administrativas, investigación, intercomunicación entre profesionales de la salud, y la facilitación de las actividades médicas (Ej. intercambio de información médico-paciente, expedientes electrónicos, formación profesional, etc.). Todo ello, encaminado a mejorar los servicios de salud proporcionados a los pacientes.

La integración de las TIC's al sistema de salud está basado en un enfoque médico-clínico, lo que implica el desarrollo de líneas de acción dirigidas a implementar mecanismos de "Telesalud" que mejoren los servicios de salud y faciliten la atención médica a distancia a través del desarrollo de técnicas de "Telemedicina" (Leal, Vélez, Sánchez-Pérez & León-Cortés, 2016). De acuerdo con Cardier et al. (2016) existen diversas aplicaciones de la telemedicina, como; 1) Tele-prevención (promoción de la salud y prevención de la enfermedad), 2) Tele-diagnóstico (diagnóstico del paciente), 3) Tele-consulta (acceso a un tele-especialista), 4) Tele-emergencias (ayuda a tomar medidas necesarias para monitorizar las funciones vitales del paciente), y 5) Televigilancia epidemiológica (medidas de prevención y control de epidemias).

Es importante mencionar que la "Telesalud" es un término que no se limita a la telemedicina, ya que se extiende a la telepsiquiatría y la telepsicología (Botella, et al., 2007), esto permite comprender que la incorporación de las TIC's no ha sido exclusivo del campo de la salud física general, pues la implementación de las tecnologías se ha ampliado a la salud mental, particularmente a la psicología clínica, la cual se ha visto revolucionada con el desarrollo de nuevas líneas de investigación encaminadas a innovar estrategias de evaluación psicológica, prevención y tratamientos psicológicos (Lamas & Distefano, 2015) que buscan dar respuesta a las necesidades de la población en lo que confiere a salud mental.

En igual forma, la psicología en el ámbito sanitario ha desarrollado estrategias mediadas por tecnologías que buscan dar respuesta tanto a la prevención de la enfermedad como promoción de la salud; sin embargo, el panorama es muy amplio, pues el desarrollo de los avances tecnológicos ha generado alternativas para asistir en la evaluación y tratamiento de distintos trastornos psicológicos (Cárdenas, Botella, Quero, De la Rosa, & Baños, 2014) que están en relación con las enfermedades físicas.

Los tratamientos psicológicos mediados por dispositivos digitales varían respecto a la participación del profesional, ya que algunos programas solo requieren la mínima

participación del terapeuta, pues cubren la mayor parte del tratamiento, mientras que otros requieren mayor tiempo de la supervisión del profesional, pues cubren mínimos aspectos del tratamiento (Bunge et al., 2009), es decir, algunos tratamientos pueden utilizarse como programas autoadministrados (autoaplicados) y otros como material complementario.

Dentro de estos tratamientos podemos mencionar, los Programas Asistidos por Computadora (PAC), los cuales son programas psicoterapéuticos que se ejecutan por computadoras, teléfonos móviles, consolas o dispositivos de realidad virtual (Distefano et al., 2015); éstos programas son caracterizados porque proporcionan material digital o aplicaciones a las cuales tiene acceso el paciente y el terapeuta en todo momento. La Telepsicología se considera independiente a los PAC, pues en este tipo de tratamientos aún existe la comunicación con el terapeuta de forma directa mediante videoconferencia, aunque se refiere que el terapeuta puede hacer uso de los PAC para proporcionar tareas complementarias del tratamiento.

Otros de los recursos digitales de los que hace uso la psicología es la Realidad Virtual (RV) y Realidad Aumentada (RA), las cuales consisten en crear realidades sintéticas para exponer al paciente a una situación temida (interna o externa) de forma sistemática, con el objetivo de promover habilidades de afrontamiento con la consecuente reducción de la emoción displacentera o que las consecuencias anticipadas no ocurren (Distefano et al., 2015, p. 1349). Así mismo, se han incorporado tratamientos biofeedback para el control de las respuestas fisiológicas de las personas, el inconveniente es que se requiere de dispositivos especiales y costosos, por lo que, solamente se utilizan estos tratamientos en centros especializados. Una de las innovaciones psicológicas más actuales mediadas por recursos digitales son los juegos serios, que son intervenciones psicológicas computarizadas basadas en juegos, que están encaminadas a tratar problemas psicológicos o de salud (Fleming et al., 2014).

La práctica de estos nuevos tratamientos psicológicos mediados por las tecnologías, ha originado que se desarrollen investigaciones sobre su eficacia, esto debido a que en 1993 la división de psicología clínica 12 de la American Psychological Association creó un grupo de expertos para promover la aplicación de tratamientos empíricamente validados o tratamientos psicológicos eficaces (Botella, Quero, Serrano, Baños, & García-Palacios, 2009); sin embargo, la escasa investigación sobre la temática resulta ser una limitante, pues

como menciona Sánchez (2017) “las dificultades encontradas a la hora de introducir estas herramientas en la práctica clínica son debidas a la limitada investigación que existe en el presente sobre la eficacia y efectividad de las TIC’s en terapia” (p. 4).

Otra de las limitantes que existen como consecuencia de la incorporación de los Recursos Tecnológicos (RT) al ámbito sanitario es la reticencia que muestran muchos de los profesionales de la salud, incluidos los de la salud mental ante la incorporación de las TIC’s a su práctica clínica cotidiana (Bunge et al., 2009). Como complemento, se puede mencionar que la incorporación de las TIC’s a la psicoterapia solo está presente en algunos países que cuentan con un mayor nivel de desarrollo tecnológico y económico, tal es el caso de Estados Unidos que es pionero con respecto a la utilización de la telepsicología, así también Canadá, Nueva Zelanda, Australia y España, quienes han incorporado estas tecnologías a la terapia (González-Peña, Torres, Del Barrio, & Olmedo, 2017); en el caso de México la investigación y el desarrollo de estos sistemas es escaso.

Pese a la limitada investigación y contradicciones por parte de diversos profesionales de la salud mental ante la incorporación de las TIC’s a su práctica profesional, se ha documentado en múltiples estudios la eficacia y efectividad de estos tratamientos ante determinados problemas psicológicos, lo que refiere que dichos programas de intervención cuentan con una validez empírica que sustentan su aplicabilidad.

En lo que respecta a Realidad Virtual (RV) se han recabado diversos estudios que demuestran la efectividad de la técnica ante determinados problemas psicológicos, por ejemplo, Baños, Botella, Perpiña y Quero (2001) diseñaron un programa mediado por RV para tratar el miedo a volar, el cual demostró ser efectivo para reducir los niveles de ansiedad de la paciente; Quero et al. (2017) demostraron la efectividad de un programa manualizado mediado por RV para atender problemas de conducta de trastornos adaptativos (ansiedad, depresión, comportamientos disruptivos, etc.) en un grupo de pacientes, el programa produjo una mejoría en las medidas clínicas, además fue bien aceptado por los pacientes; De la Rosa y Cárdenas (2012) reportaron la eficacia de un programa mediado por RV para atender el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) en un grupo de pacientes víctimas de violencia criminal en población mexicana, dicho programa disminuyó los indicadores de sintomatología de ansiedad y depresión. En esta misma línea de tratamientos psicológicos, Alcántara, Castro, Martínez, Fernández, y López-Soler (2017)

realizaron la aplicación del programa “mundo EMMA-CHILD” para tratar el TEPT en población infantil, cabe decir, que dicho programa está basado en el “mundo EMMA”, esta intervención resultó ser efectiva para disminuir los niveles de ansiedad, depresión, ira/hostilidad e inadaptación en un grupo de infantes.

En consiguiente, la utilización de estas herramientas se ha extendido al campo de la psicología de la salud, propiciando la atención integral a los pacientes en el proceso de enfermedad, tal es el caso de la aplicación de la RV para disminuir los síntomas físicos y el dolor en niños hospitalizados con cáncer (Castañeda-Ruíz et al., 2015; Li, Chung & Ho, 2011, como se citó en Bretón-López, Mira, Castilla, García-Palacios, & Botella, 2017), aunque se han aplicado a otros problemas de salud. Sin embargo, esto da cabida al entendimiento de las múltiples funcionalidades que convergen los nuevos tratamientos psicológicos mediados por las TIC's, pues de acuerdo con Lamas y Distefano (2015) estas herramientas se emplean para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, como es el caso reciente del desarrollo de la Tecnología Positiva, con aplicaciones que estudian el impacto de las tecnologías en el crecimiento personal, en el fomento de emociones positivas, en la creatividad, y la promoción del desarrollo social y cultural, sin dejar de mencionar el desarrollo de aplicaciones para fomentar estrategias de regulación emocional.

En el campo de la telepsicología también se han obtenido resultados favorables, Cárdenas et al. (2014) probaron la eficacia de un programa de telepsicología para el miedo a hablar en público en población mexicana; por su parte Escudero et al. (2018) demostraron la efectividad de un tratamiento mediado por videoconferencia para tratar el TEPT y trastornos emocionales asociados (ansiedad, depresión, fobia social y TOC) en una víctima de terrorismo.

Las aplicaciones móviles para la salud mental son otras de las innovaciones psicológicas mediadas por las TIC's, que han ido en un constante incremento con el pasar de los años. Donker et al. (2013) realizaron una revisión sistemática de los estudios que se han llevado a cabo y que documentan la validez empírica de las aplicaciones móviles centradas en la salud mental, los resultados que obtuvieron enmarcan que en el año 2012 existían alrededor de 13,600 apps destinadas a la salud, de las cuales 3000 estaban encaminadas a tratamientos para la salud mental, como; depresión, ansiedad, uso de

sustancias, trastornos del sueño, comportamiento suicida, autolesiones, trastornos psicóticos, trastornos alimentarios, estrés, etc.

Todas las *apps* disponibles en ese momento se encontraron en sitios comerciales, como; Android, IOS y Microsoft. Finalmente Donker et al. (2013) lograron identificar que de la gran cantidad de *apps* destinadas a la salud mental, 8 tenían evidencia empírica y de éstas, solamente 2 *apps* estaban disponibles para descarga pública (menos del 1% de *apps* disponibles comercialmente). Por lo tanto, es necesario la realización de más investigaciones que propicien el desarrollo de intervenciones psicológicas mediadas por *apps* que cuenten con evidencia empírica y que garanticen resultados óptimos en la salud pública.

Los *juegos serios* son otro de los recursos de los que se está apoyando la psicología para prevenir o tratar la depresión, Fleming et al. (2014) realizaron una revisión sistemática de investigaciones que documentaban este tipo intervenciones, de los múltiples estudios recabados seleccionaron 9 que utilizaban el juego como programa de intervención para tratar los síntomas depresivos en niños, adolescentes y jóvenes (9-25 años aprox.), dichas intervenciones mostraron ser favorables en la disminución de los síntomas depresivos, así mismo mostraron una buena aceptación por parte de los pacientes. Sin embargo, aún existe limitada investigación, por lo que no se tiene la certeza de su efectividad y que efectos positivos o negativos podrían generar a los pacientes.

El tema que nos compete abordar al momento de hacer una revisión de los nuevos tratamientos psicológicos con los que se cuenta actualmente, es con respecto a las actitudes que toman los profesionistas de la psicología ante la incorporación de las tecnologías en su práctica profesional, de igual forma es importante conocer la postura que tienen los psicólogos en formación (estudiantes) sobre estos recursos digitales para su futura actividad laboral. Se ha documentado que existe cierto rechazo por parte de algunos psicólogos con respecto a utilizar estas herramientas tecnológicas, sin embargo, sería pertinente conocer los elementos que influyen para que tomen esta postura opositora ante estas intervenciones mediadas por TIC's. Por otro lado, se encuentran los psicólogos que han adoptado estas nuevas herramientas, y en los cuales sería pertinente conocer si cuentan con los conocimientos necesarios para hacerlo, cómo lo están realizando, con qué fines y qué piensan al respecto (Bunge et al., 2009).

Debido a nuestro objeto de estudio sobre la actitudes de los psicólogos en formación y profesionistas de psicología ante las intervenciones mediadas por las TIC's, es necesario comprender ¿qué entendemos cuando hablamos de actitudes?, para ello, retomamos una de las definiciones que han propuesto algunos autores; quienes han abordado el concepto de actitudes como un factor predictor del comportamiento humano, considerando a la actitud como “una predisposición aprendida para responder coherentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto, ser vivo, actividad, concepto, persona o símbolo” (Kassin, Fein & Markus, 2013; Devine & Plant, 2013; Oskamp & Schultz, 2009; Fishbein & Ajzen, 1975, como se citó en Hernández, Fernández & Baptista, 2014, p. 237).

Una de las teorías psicológicas que aborda las actitudes como factor predictor del comportamiento humano es la “Teoría del Comportamiento Planificado” desarrollada por Ajzen en 1985, dicha teoría es una extensión de la “Teoría de la Acción Razonada” propuesta por Fishbein y Ajzen en 1975 (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975, como se citó en Ajzen, 1991), ambas teorías abordan la interacción de variables internas y externas al individuo que buscan dar explicación a las conductas que ejecuta la persona. Se comprende que las actitudes de forma independiente no determinan el comportamiento, sino que lo hacen en interacción con otras variables como la norma subjetiva (expectativas o normas sociales) y el control conductual percibido (factores que pueden facilitar o dificultar la ejecución del comportamiento), así mismo, estas variables predicen las intenciones para llevar a cabo el comportamiento, dichas intenciones están determinadas por diversos factores, como; edad, género, origen étnico, nivel socioeconómico, educación, nacionalidad, religión, personalidad, estado de ánimo, creencias, actitudes y valores generales, inteligencia, pertenencia al grupo, experiencias pasadas, exposición a la información, apoyo social, habilidades de afrontamiento, etc. (Ajzen, 1991).

Como ya se ha mencionado anteriormente, uno de los principales aspectos que encontramos al querer estudiar la incorporación de las TIC's a la psicología, es la limitada investigación que existe, por ello, al querer explorar la temática de las actitudes de los clínicos ante los nuevos tratamientos psicológicos, nos enfrentamos a no contar con una herramienta psicológica que permita cuantificar el objeto de estudio, en este caso las “actitudes que tienen los estudiantes y profesionales de psicología ante las intervenciones mediadas por las TIC's”. Pues, como mencionan Hernández et al. (2014), en toda

investigación cuantitativa se debe aplicar un instrumento para medir las variables contenidas en las hipótesis y en caso de que no las haya simplemente se miden las variables de interés.

Otro de los aspectos relevantes a considerar al momento de realizar investigación cuantitativa en psicología, es seleccionar un instrumento de medición que cumpla con determinados criterios empíricos, pues de acuerdo con Hernández et al. (2014) “toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir tres requisitos esenciales: confiabilidad, validez y objetividad” (p. 200), para el cumplimiento de estos requisitos, es necesario mencionar el papel que tiene la psicometría dentro de la ciencia psicológica, pues esta permite garantizar que los instrumentos de medición elaborados cuenten con las garantías científicas para su uso (Aragón, 2011).

La psicometría parte de la teoría de la medida o de la medición, esta consiste en el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos (Hernández et al., 2014), es decir, el proceso de medición se refiere a la relación necesaria que debe existir entre la realidad y su medida (Ruiz, 2013). En pocas palabras, la psicometría busca asignar valores numéricos a sus objetos de estudio, para lo cual, existen un conjunto de técnicas, métodos y teorías implicadas en la medición de las variables psicológicas (Aragón, 2011).

De forma general las dos propiedades psicométricas esenciales de todo instrumento de medición son; la confiabilidad y la validez, pues como menciona Ruíz (2013) estas dos características son fundamentales cuando se trata de medir rasgos o atributos psicológicos. De acuerdo con Aragón (2011) la teoría clásica de las pruebas psicológicas refiere que toda medida psicológica al igual que las medidas de las ciencias físicas contienen un término de error, esto implica que no hay una medición perfecta, sin embargo, los instrumentos psicológicos deben intentar medir sus variables psicológicas con precisión.

Cuando hablamos de confiabilidad nos referimos a la precisión con que un instrumento mide un objeto; en términos estrictos la confiabilidad sería la ausencia de errores de medición (Aragón, 2011). Dicho en otras palabras, la confiabilidad se refiere a la estabilidad de la medida y la predictibilidad (Ruiz, 2013), lo que significa, que un alto grado de confiabilidad de un instrumento produce resultados consistentes y coherentes (Hernández et al., 2014).

Para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición existen diversos procedimientos y fórmulas que producen coeficientes de fiabilidad, de los cuales, la mayoría oscilan entre cero y uno, donde un coeficiente de cero significa nula confiabilidad y uno representa un máximo de confiabilidad (fiabilidad perfecta), esto implica que cuanto más se acerque el coeficiente a cero, mayor error habrá en la medición (Hernández et al., 2014).

Por otra parte el término “validez” se define como el grado en que un instrumento mide lo que pretende medir (González, 2007), es decir, un instrumento es válido si hace aquello para lo que fue concebido (Aragón, 2011), por ejemplo, medir variables, como; actitudes, inteligencia, motivación, autoestima, etc. Existen distintas categorías para agrupar la validez, Gregory (2012) menciona tres tipos; 1) validez de contenido, 2) validez de criterio y 3) validez de constructo.

En cuanto a la validez de contenido, se define como el grado en que un instrumento determina hasta donde los ítems del instrumento son representativos del dominio o universo de contenido del objeto que se pretende medir (Ruíz, 2013). Por otro lado, la validez de criterio se refiere al procedimiento en que los resultados de una prueba (calificaciones) se comparan con las puntuaciones o medidas de desempeño (Aiken, 2003). Y finalmente la validez de constructo, se refiere a la extensión en que una prueba mide el constructo o rasgo teórico que dice medir (Aragón, 2011), parte de esta validez está determinada por cómo las mediciones del concepto o de la variable se vinculan de manera congruente con las mediciones de otros conceptos correlacionados teórica o empíricamente. (Hernández et al., 2014).

Aiken (2003) refiere que existen múltiples métodos para determinar el grado de validez que presenta un instrumento, estos incluyen; 1) analizar el contenido de la prueba, (2) calcular la correlación entre las calificaciones en la prueba y las calificaciones en el criterio de interés, 3) investigar las características psicológicas particulares o constructos medidos por la prueba y 4) evaluar la validez creciente de una prueba (estudiar la predicción de la prueba). Sin embargo, Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) mencionan que cuando se trata de adaptar culturalmente un instrumento que fue construido para otra población, lo recomendable es calcular la validez de contenido, pues esta proporciona mayor equivalencia cultural (expresiones idiomáticas, normas culturales, etc.).

Del mismo modo, calcular la validez de contenido puede proporcionar evidencia a favor de la validez de constructo (Aiken, 2003), pues permitiría determinar si el contenido del instrumento representa adecuadamente el constructo psicológico de interés.

Justificación metodológica

Pese a la escasa investigación sobre el tema de las actitudes ante los tratamientos psicológicos mediados por TIC's, diversos investigadores se han dado a la tarea de realizar estudios sobre la temática, sin embargo, aún no se tiene del todo claro los factores que influyen en las actitudes de los clínicos para utilizar estas herramientas digitales en la práctica clínica. Algunos investigadores en España, Argentina, Estados Unidos, Alemania e Inglaterra han comenzado a explorar el tema, parece ser que el interés que tienen los investigadores sobre este fenómeno comienza a tener mayor fuerza.

En el caso de México existe una escasa investigación sobre el tema, esto nos lleva a identificar que dentro de los principales inconvenientes es no contar con un instrumento validado para la población mexicana que permita medir este constructo psicológico, por consiguiente, se ha realizado la revisión de algunos estudios desarrollados en otros países, con la finalidad de tener una referencia teórica y metodológica de la forma en que ha sido estudiado el fenómeno de interés.

En Argentina se desarrollaron dos estudios que exploraron las actitudes de los terapeutas hacia la incorporación de nuevas tecnologías en psicoterapia, el primero de ellos fue realizado por Bunge et al. (2009), en el cual se aplicó una encuesta a 153 terapeutas pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dicha encuesta se construyó mediante ad-hoc, lo que refiere que solamente se utilizó para los propósitos de la investigación; “evaluar el grado de conocimiento que tienen los terapeutas sobre los PAC (Programas Asistidos por Computadora), cuánto utilizan los RT (Recursos tecnológicos) en sus tratamientos y si los consideran útiles para la generación de la alianza terapéutica y/o para la implementación de intervenciones más específicas” (Bunge et al., 2009, p. 213).

La encuesta aplicada por Bunge et al. (2009) se compone por diez preguntas de opciones múltiples (multiple-choice); 1) edad; 2) sexo; 3) área de especialización (niños, adolescentes, adultos, gerontes); 4) orientación teórica del terapeuta (psicodinámica, cognitiva, sistémica, integrativa, humanista existencial, otras); 5) cuánto conocimiento tiene

acerca de los programas de psicoterapia asistida por computadora (nada, poco, bastante, mucho); 6) si utiliza algún recurso tecnológico en los tratamientos con sus pacientes (nada, poco, bastante, mucho); 7) ¿qué recursos tecnológicos utilizó? (PC, reproductor MP3/4, filmadora, cámara digital, teléfono celular, CD-ROM, buscadores de internet, chat, otros- no se incluyen aquellos que se utilizan sólo con fines de comunicación); 8) ¿con qué fin los utiliza? (juego libre, búsqueda de información, complemento del tratamiento, fines didácticos, incorporación de técnicas, grabación de sesiones, entretenimiento, otros); 9) ¿considera que los Recursos Tecnológicos pueden ser útiles para la alianza terapéutica? (nada, poco, bastante, mucho); 10) ¿considera que los Recursos Tecnológicos pueden ser útiles para las intervenciones técnicas? (nada, poco, bastante, mucho).

Los resultados reportados por Bunge et al. (2009) lograron identificar los siguientes datos; 1) del total de encuestados (n=153), 121 fueron mujeres (79.1%) y 32 hombres (20,9%); 2) la media de edad fue de 33,54 y una SD= 9.19; 3) en el área de especialización 81(52%) terapeutas se dedican al trabajo con niños y adolescentes, 68 (44%) se dedican al trabajo con adultos y nadie registro trabajar con gerontes; 4) la mayoría de los encuestados se definieron con una orientación teórica cognitiva (41.2%); 5) en cuanto al conocimiento sobre los PAC, 83 terapeutas (54,2%) no los conoce, 56 (36,6%) los conoce poco, solo 13 (8,5%) afirmaron tener bastante conocimiento y 1 (0,7%) dijo conocerlos mucho; 6) en cuanto al grado de utilización de los RT en terapia, 51 terapeutas (33,3%) afirmó no utilizarlos para nada, 71 (46,4%) los utiliza poco, 27 (17,6%) dice utilizarlos bastante y sólo 3 (2%) los utiliza mucho; 7) los RT más utilizados fueron los buscadores de internet (84.8%); 8) la utilidad que le dan a los RT es principalmente la búsqueda de información (93.2 %) y como complemento de tratamiento (89.1%); 9) con respecto a la utilidad de RT para la alianza terapéutica, 71 terapeutas (45.8 %) consideraron los RT bastantes útiles para la alianza, 28 (18.3%) muy útiles, 43 (28.1 %) poca utilidad, y 10 (6.5 %) considero que no sirven para nada; 10) la utilidad de los RT para la implementación de técnicas, 70 terapeutas (45,8%) consideraron que pueden contribuir bastante, 37 (24,2%) los consideraron muy útiles, 9 (5,9%) consideraron que no contribuyen en nada, y 33 (21,6%) que contribuyen poco.

El segundo estudio argentino fue desarrollado por Entenberg, Ciliberti, Ruiz, Nishimuta y Bunge (2019), el objetivo fue replicar el estudio de Bunge et al. (2009) y

comparar los resultados actuales con los que previamente se obtuvieron en una muestra de profesionales con características similares, buscando identificar los cambios producidos durante dicho periodo de tiempo, en lo que respecta a; conocimientos, actitudes y utilización de las TIC's en terapia.

Para dicho estudio, Entenberg et al. (2019) aplicaron una encuesta web, producto de la adaptación de la encuesta desarrollada por Bunge et al. (2009), la nueva versión de la encuesta consistió en la actualización de diversas preguntas con respecto a las tecnologías e intervenciones que en el estudio anterior no fueron consideradas, debido a que no estaban disponibles aún. La versión final de la encuesta quedó conformada por 12 preguntas; las primeras 4 indagaban aspectos sociodemográficos y profesionales (zona de residencia, edad y género, área de especialización clínica y orientación teórica), mientras que las siguientes 8 preguntas, indagaban en; conocimiento, uso de las tics en psicoterapia, RT utilizados, finalidad de utilizar los RT, y utilidad percibida de las nuevas tecnologías en psicoterapia. El formato de respuesta a las preguntas del cuestionario fue de tipo elección única (preguntas politómicas), opción múltiple y escala Likert (Entenberg et al., 2019).

La encuesta fue aplicada a una muestra de 105 psicólogos pertenecientes a la Ciudad de Buenos Aires, de los cuales el 84 (80%) fueron mujeres y la edad media de la población osciló en 40.3 (DS 11,84, rango de 25 a 73). Los resultados reportados permitieron identificar un aumento en los niveles de conocimientos, utilización y actitudes ante las TIC,s por parte de los terapeutas (Entenberg et al., 2019), es decir, se mostraron resultados más favorables en comparación con el estudio de Bunge et al. (2009).

En Alemania Schröder et al. (2015) desarrollaron una investigación en donde construyeron el cuestionario APOI (Attitudes Towards Psychological Online Interventions Questionnaire), con el objetivo de conocer las actitudes cognitivas que tenían los pacientes hacia el uso de las Intervenciones Psicológicas Online (POI) en un tratamiento de depresión, entendiendo las actitudes cognitivas hacia los (POI), como la aceptabilidad de tales intervenciones por parte de los individuos con depresión leve y moderada.

La construcción del instrumento APOI se desarrolló en tres fases:

- 1) La primera fase corresponde al desarrollo cualitativo, en la cual, se generó un conjunto de ítems basados en una revisión de la literatura, consultas de profesionales de la salud mental y usuarios de POI. Se recabaron datos sobre los elementos que influyen en el

constructo de actitudes hacia los POI, como los componentes afectivos, cognitivos y conductuales, sin embargo, el punto central fue el componente cognitivo. La versión preliminar del APOI contenía 35 ítems sobre actitudes generales hacia los POI, para ello se formularon opciones de respuesta tipo Likert 1=totalmente de acuerdo, 2=bastante de acuerdo, 3=no estoy seguro, 4=bastante en desacuerdo, 5=totalmente en desacuerdo. Esta versión fue evaluada por dos expertos, que la concluyeron con buena validez aparente (contenido).

2) En la fase de desarrollo cuantitativo, la versión preliminar del APOI se aplicó a una submuestra aleatoria de 699 participantes (muestra de construcción), en la cual se utilizó Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para identificar y eliminar los elementos con bajas propiedades psicométricas (bajas correlaciones entre los ítems). Finalmente los elementos se agruparon en 4 dimensiones; 1) Escepticismo y Percepción de los Riesgos (SCE), 2) Confianza en la Eficacia (CON), 3) Amenaza de la Tecnología (TET), y 4) Beneficios del Anonimato (ABE).

3) En la tercera fase se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) a los 16 ítems de la versión final de la encuesta (4 ítems por cada dimensión), para ello, se aplicó a una submuestra de 305 participantes (Schröder et al., 2015). De igual forma, se investigó las características del ítem, la confiabilidad y la validez de constructo de la versión final del APOI en la muestra total (N=1004). La confiabilidad del APOI demostró ser buena ($\alpha = .77$), siendo menor para cada subescala ($\alpha = .62$ para SCE y ABE, $\alpha = .64$ para TET y $\alpha = .72$ para CON).

Los resultados del estudio reportaron, que las personas con síntomas de depresión pueden esperar que las intervenciones online sean eficaces, pero también podrían considerar los riesgos potenciales. Así mismo, reconocen las desventajas de las intervenciones psicológicas automatizadas, tales como la falta de contacto personal, pero también es probable que sean conscientes de las ventajas que tienen los POI sobre el anonimato, lo que mejoraría la privacidad y la reducción del estigma (Schröder et al., 2015).

En Inglaterra Meisel, Drury y Perera-Delcourt (2018) realizaron un estudio con el objetivo de investigar las creencias y actitudes de los terapeutas hacia eCBT (Computerized Cognitive Behavioural Therapy-Terapia Cognitiva Conductual

Computarizada), esto fue parte de un programa de mejora del Servicio de Acceso a las Terapias Psicológicas (IAPT-Improving Access to Psychological Therapies). Entiéndase como eCBT, un tipo de intervención TCC (Terapia Cognitivo Conductual) realizada a través de un programa informático, por ejemplo, páginas web, vídeos, mensajes asincrónicos, terapia online mediante Skype, etc.

Para el estudio de las actitudes de los terapeutas ante este tipo de terapias, se diseñó una encuesta que se basó en la literatura publicada sobre los beneficios percibidos y las barreras para el uso de eCBT-Computerised Cognitive Behavioural Treatment (Donovan, Poole, Boyes, Redgate, & March, 2015; Stallard, Richardson & Velleman, 2010). Se incluyeron preguntas derivadas de reuniones informales con el equipo de trabajo y como complemento se agregó en la encuesta final una breve descripción de eCBT utilizada en el servicio IAPT para garantizar que todos los participantes respondieran sobre el programa eCBT ofrecido en el servicio (Meisel et al., 2018).

La encuesta final incluye una sección con preguntas de tipo cuantitativo y otra cualitativa; dentro de lo cuantitativo abordaron 14 preguntas calificadas en escalas Likert, mismas que exploran las dimensiones; a) conocimiento percibido sobre eCBT, b) creencias sobre la efectividad de eCBT, c) ventajas percibidas de eCBT, d) barreras percibidas para ofrecer a los clientes eCBT y soluciones para ayudar a los terapeutas a referir a más personas a eCBT. Así mismo, se incluyó una breve descripción de eCBT utilizada en el servicio IAPT. En lo que respecta en la parte cualitativa, se integraron preguntas abiertas que permitieron a los terapeutas agregar cualquier aspecto adicional no cubierto en las preguntas cerradas, por ejemplo, otras áreas de preocupación o posibles barreras para ofrecer eCBT (Ej. gestión de riesgo, eCBT tratamientos menos centrados en el cliente, etc.).

La encuesta fue revisada dentro del equipo y se puso a prueba con dos psicólogos clínicos en formación que no participaron en la aplicación de la encuesta para garantizar la legibilidad y la baja carga de los participantes (Meisel et al., 2018). Finalmente la encuesta se aplicó a 33 terapeutas que practicaban dentro del servicio (IAPT), los resultados arrojaron que la mayoría de las participantes refirió tener conocimientos sobre los eCBT, así mismo, mencionaron sentirse cómodos con los aspectos técnicos de la eCBT.

De igual forma, la mayoría expuso que la eCBT es eficaz para dificultades de salud mental leves o moderadas, sin embargo, la mayoría de los participantes refirió que la eCBT

no es tan eficaz comparada con la intervención cara-cara (tradicional), aunque una mayoría refirió que la eCBT tiene diversas ventajas con respecto a la disponibilidad (24/7), facilidad de acceso y reducción del estigma asociado a la búsqueda de ayuda para problemas de salud mental. En pocas palabras los terapeutas mostraron actitudes favorables ante determinados aspectos de la eCBT, aunque muestran actitudes negativas sobre la eficacia y refieren diversas barreras ante el uso de la eCBT, como; no cubrir las expectativas de los clientes, baja relación terapéutica, dificultad de los clientes al usar eCBT, poca familiaridad con la computadora, etc. (Meisel, et al., 2018).

En Estados Unidos, Becker y Jensen-Doss (2013) llevaron a cabo un estudio en la Universidad de Miami, con el objetivo de identificar las barreras o los factores predictores que influyen en las actitudes de los clínicos para utilizar las Terapias Asistidas por Computadora en la práctica clínica, dicha investigación tomo como base el estudio realizado por Becker (2012). Para los estudios mencionados se aplicó la Encuesta CATAS-Computer-Assisted Therapy Attitudes Scale (Becker, 2012; Becker & Jensen-Doss, 2013), considerando que en cada estudio se aplicó una versión diferente de la encuesta (se realizaron adecuaciones necesarias para cada estudio).

Becker (2012) realizó un estudio con el propósito de comenzar a explorar las barreras que pueden presentarse en los terapeutas ante el uso de las herramientas tecnológicas en su práctica clínica. Para ello, desarrollo una encuesta que evaluará la disponibilidad de los recursos digitales de los terapeutas (Escala TAS-Acceso tecnológico), los niveles de fluidez informática (CFS; Bunz, 2004; Heinseen, Glass, & Knight, 1987), las actitudes ante el uso de las TAC (Terapias Asistidas por Computadora) y los Entrenamientos Basados en Computadoras (CBTAS). Así mismo, evaluó la disposición de los terapeutas para utilizar nuevos tratamientos psicológicos especialmente basados en evidencia (EBPAS/Apertura; Aarons, 2004) y recolecto información sociodemográfica y profesional.

La Encuesta CATAS fue probada primeramente con una muestra piloto de 10 profesionales clínicos para hacer las adecuaciones pertinentes a los ítems, posteriormente dos expertos en tecnología y difusión del tratamiento evaluaron el cuestionario CATAS, una vez obtenida la versión final del protocolo fue aplicada a una muestra de 392 terapeutas. Como análisis preliminar se calculó la asimetría y la curtosis para todos los

ítems de las escalas CATAS, CBTAS, CFS y EBPAS/Apertura, todas las variables mostraron estar distribuidas normalmente, así mismo se calculó las medias y desviación estándar de las escalas mencionadas (Becker, 2012), y de forma adicional se aplicaron pruebas estadísticas para examinar las cargas factoriales (Análisis Factorial Confirmatorio y χ^2), se evaluaron los Tamaños del Efecto (TE) de las variables mediante R^2 (Coeficiente de determinación) y la prueba de Cohen's (Coeficiente de Kappa).

Cabe decir, que se exploró el tamaño de los efectos de diversas variables, que se consideran como factores predictores de las actitudes hacia las terapias asistidas por computadora, por lo tanto, establecer los efectos que tienen diversas variables de la encuesta, proporciona un apoyo inicial a la validez de constructo de la Encuesta CATAS, lo que permitiría la “incorporación de esta encuesta en futuros estudios de terapias asistidas por computadora, ayudando a examinar más a fondo la utilidad de estas escalas como predictores del uso de estas herramientas por parte del terapeuta” (Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013).

Finalmente se obtuvo la confiabilidad de la *Encuesta CATAS*; el cuestionario CATAS demostró tener una buena consistencia interna ($\alpha=.85$), para *Comodidad* ($\alpha=.66$) y *Eficacia* ($\alpha=.85$); de igual forma el cuestionario CBTAS demostró buena fiabilidad ($\alpha=.87$), para *Comodidad* ($\alpha=.68$) y *Eficacia* ($\alpha=.87$); CFS ($\alpha=.80$) y el EBPAS/Apertura ($\alpha=.88$).

En resumen, este primer estudio resultó ser de gran utilidad, debido a que aborda factores que pueden predecir las actitudes de los terapeutas ante el uso de las terapias y programas de capacitación asistidos por computadora. Los resultados asociaron las siguientes variables con actitudes más positivas hacia las TAC; años de experiencia, edad, tipo de trabajo (contexto comunitario), población con la que trabajan (jóvenes), orientación teórica (TCC), facilidad de acceso tecnológico, la fluidez informática (CFS) y mayor apertura a nuevos tratamientos (EBPAS/Apertura). Sin embargo, los predictores significativos para el puntaje CATAS fueron la fluidez informática y una mayor apertura a nuevos tratamientos.

El patrón fue similar para las actitudes ante los entrenamientos mediados por computadora, aunque no en lo que respecta al tipo de trabajo (pues el entrenamiento por computadora lo pueden llevar en horas fuera de trabajo), de forma independiente se relacionó la fluidez informática con las creencias del terapeuta con respecto a la eficacia de

los entrenamientos por computadora y la comodidad para utilizarlos, pues aquellos terapeutas con un menor dominio de la computadora les parecería que la tecnología no tiene la capacidad para proporcionar entrenamientos adecuados (Becker, 2012).

La corriente teórica de la TCC y el trabajo en la práctica privada se relacionó con la comodidad para utilizar programas de capacitación basados en la computadora, de acuerdo con Becker (2012) una posible explicación se debe a que los tratamientos TCC a menudo son altamente estructurados, lo que llevaría a que los terapeutas alienados con esta corriente teórica perciban que es más posible que estos tratamientos se traduzcan a formatos digitales, esto generaría mayor comodidad para utilizar estos tratamientos y capacitarse por medios tecnológicos.

Posteriormente Becker y Jess-Doss (2013) aplicaron la misma encuesta a 1067 terapeutas, para ello realizaron el análisis estadístico de las propiedades psicométricas de la encuesta, el procedimiento fue similar el estudio de Becker (2012), sin embargo para el estudio más reciente solamente se utilizaron determinadas escalas; Acceso Tecnológico (TAS), Actitudes ante las terapias asistidas por computadora (CATAS), Fluidez Informática (CFS) y Actitudes hacia la Practica Basada en la Evidencia (EBPAS/Apertura), la escala CBTAS (actitudes ante los entrenamientos clínicos) fue excluida para el presente estudio. De igual forma se abordaron las preguntas que recolectaron datos sociodemográficos y profesionales.

Con respecto a la consistencia interna, la *Escala CATAS* demostró tener buena fiabilidad en sus dos subescalas que la componen, la *Subescala de eficacia* obtuvo un valor de “ $\alpha=.84$ ”, y la *Subescala de comodidad* fue ligeramente inferior, ya que mostró un “ $\alpha=.59$ ”; sin embargo, esta escala consta de solo tres ítems, lo que indica que las correlaciones entre elementos pueden ser una mejor estimación de la confiabilidad (Cortina, 1993 como se citó en Becker & Jensen-Doss, 2013). En lo que refiere a la *Escala CFS* obtuvo una buena consistencia interna ($\alpha =.82$), y la *Escala EBPAS/Apertura* demostró excelente fiabilidad ($\alpha =.88$). Para el Cuestionario sobre Acceso Tecnológico (*TAS*), y las preguntas que exploran datos sociodemográficos y profesionales se calcularon las medias (*M*) y la Desviación Estándar (*SD*).

Los resultados de este estudio refirieron que la mayoría de los participantes tiene acceso a por lo menos una computadora en el trabajo, la fluidez informática fue alta en los

participantes con una $M=3.96$ de 5 puntos ($SD=.61$), en promedio los terapeutas mostraron actitudes positivas hacia las terapias asistidas por computadora, sin embargo, expresaron su preocupación de que este tipo de tratamientos interfieren con la relación terapéutica y que no sienten que las tecnologías mejorarían los resultados del tratamiento.

En lo que confiere a los factores predictores se identificó que actitudes más positivas ante este tipo de tratamientos se asociaron con mayor apertura hacia nuevos tipos de tratamientos, mayor comodidad con las computadoras y fácil acceso a la tecnología en el trabajo. Con respecto a la orientación teórica TCC no se relacionó con eficacia o comodidad ante estos tratamientos, aunque una orientación psicodinámica si se relacionó con ambas subescalas.. Las características profesionales se relacionaron con puntajes de eficacia (trabajar en el ámbito comunitario o en la práctica privada, trabajar con jóvenes, y menos años de experiencia), así mismo mayor facilidad de acceso tecnológico es un predictor significativo de percepción de eficacia sobre estos tratamientos.

Es importante resaltar que una de las características más relevantes del estudio de Becker y Jess-Doss (2013), es la utilización del modelo de la Teoría de la Acción Planificada propuesto por Ajzen (1985), para dar explicación de las posibles barreras que influyen en los clínicos para el uso de las Terapias Asistidas por Computadora. Dicho modelo considera a las actitudes, la norma subjetiva y el control conductual percibido como factores predictores de la intención para ejecutar determinado comportamiento (Ajzen, 1991), por lo tanto, este modelo permite comprender que las actitudes no actúan de forma independiente si no que lo hacen en interacción con múltiples factores que determinan el comportamiento.

En relación a las actitudes, Carpi y Breva (2001) mencionan que distintos procesos pueden intervenir en la formación de las mismas, como; a) información recogida de las características del objeto mediante la exposición directa (son más resistentes al cambio); b) inferencias que hacemos sobre el objeto con base a la experiencia previa que hemos tenido con objetos similares; y c) la información proveniente de otros, como; medios de comunicación, amigos, familia, etc. Por lo tanto, las actitudes están determinadas por las creencias que la persona posee hacia el objeto (sea cosa, persona o institución).

La norma subjetiva está determinada por la percepción que tiene la persona respecto a la presión social para ejecutar o no determinado comportamiento, así mismo, se determina

por la motivación de la persona para satisfacer las expectativas de las personas cercanas (Carpi & Breva, 2001). Y en el caso del control conductual percibido, se identifican los factores tanto internos como externos que no se encuentran bajo control de la persona, y los cuáles pueden facilitar o dificultar la ejecución de determinado comportamiento, esto va a depender de las valoraciones que realice el individuo con base a los recursos que posea (Enríquez, Sánchez & Robles, 2011), como; la falta de habilidades, escasos conocimientos, la disponibilidad de recursos materiales, etc.

Por su parte, Sánchez (2017) realizó un estudio en la Universidad Jaume I en Castellón, España, en el cual utilizó el Protocolo “CATAS” (Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013), con la finalidad de explorar y comparar las actitudes de los estudiantes de psicología y enfermería ante las Terapias Asistidas por Computadora, así mismo comparo los resultados obtenidos de su estudio con los de Becker y Jensen-Doss (2013). Para el estudio aplicó el protocolo a 40 participantes (estudiantes de psicología y enfermería), las escalas aplicadas fueron; *Cuestionario de Acceso Tecnológico (TTCAAS)*, *Escala de Familiaridad con las Computadoras (CFS)* y *Cuestionario CATAS (comodidad y eficacia)*, así mismo, se exploró información sociodemográfica y profesional.

Los resultados arrojaron que los estudiantes presentaron actitudes más positivas para utilizar las terapias asistidas por computadora en comparación con los profesionales, es decir, que mostraron mayor comodidad y percepción de eficacia ante estos programas. Aunque es importante mencionar, que en esta investigación no se estudió la asociación de las variables que se relacionan con las actitudes, de igual forma, se presentaron dificultades para realizar las comparaciones entre los grupos, dado que no se contó con todos los datos reales que fueron recogidos en el estudio de Becker y Jess-Doss (2013).

Por lo tanto, para la presente investigación se ha considerado adecuado utilizar el Protocolo “CATAS” (Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013), debido a que se dispone de la traducción al español castellano por Sánchez (2017), así mismo, porque existe un marco referente de su aplicación en estudiantes y profesionales de psicología, sin embargo, se requiere realizar los procedimientos necesarios que permitan la transculturación a México de dicho protocolo, con la finalidad de realizar las adecuaciones necesarias para aplicarlo en una muestra de psicólogos en formación y profesionistas de psicología de la FESI, UNAM.

Por consiguiente, se requiere estimar la Validez de Contenido del Protocolo “CATAS”, con la finalidad de evaluar que los ítems o preguntas reflejen el dominio de contenido (actitudes, comodidad, eficacia, etc.) que pretenden medir (Urrutia, Barrios, Gutiérrez, & Mayorga, 2014), en concordancia hacer las modificaciones necesarias a los ítems, con el objetivo de obtener una equivalencia semántica, como las expresiones idiomáticas (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008). Se considera adecuado determinar este tipo de validez, debido a la relevancia que ha adquirido como principal fuente de evidencia de validez, hasta el punto de considerarla como la base de la validez de constructo (Ebel, 1956 como se citó en Pedrosa, Suarez-Álvarez & García-Cueto, 2014), esto refiere que un alto grado de validez de contenido brinda evidencia acerca de la validez de constructo (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008).

Se puede señalar, que existen múltiples procedimientos para estimar la validez de contenido, los cuales están direccionados básicamente en el juicio (Kerlinger & Lee, 2002), es decir, este tipo de validez se puede determinar mediante la técnica por jueceo, Escurra (1988) menciona tres formas para obtener la validez de contenido mediante criterio de jueces; 1) Índice de Acuerdo (IA), Prueba Binominal (PB) y el Coeficiente V de Aiken. Así mismo, existen otros métodos, como; Análisis Factorial de Tucker, el Índice de Validez de Contenido de Lawshe, el Coeficiente Kappa, el Coeficiente Kendall, etc.

Pese a los múltiples métodos para calcular la validez de contenido, uno de los coeficientes más utilizados es la V de Aiken, ya que permite obtener valores factibles de ser contrastados estadísticamente según el tamaño de la muestra de jueces seleccionada (Escurra, 1988, p. 103). De forma general, todos los métodos tienen como objetivo fundamental decidir en qué medida el ítem se ajusta al constructo de interés (Pedrosa, Suárez-Álvarez & García-Cueto, 2014), pero la selección del método depende de los criterios que el investigador pretenda evaluar, las valoraciones asignadas (dicotómicas o politómicas), así como también la cantidad de jueces que van a participar, pues, algunos métodos están diseñados para medir el acuerdo entre dos jueces, mientras que otros requieren un número mayor de participantes.

Justificación social

La importancia de explorar las actitudes que tienen los estudiantes y profesionistas de psicología ante las intervenciones mediadas por tecnologías, recae en identificar los factores que pueden predisponer a que estas actitudes sean positivas o negativas, ya que tener un mayor conocimiento sobre estos factores permitirá diseñar e implementar acciones que consideren las diversas variables que influyen para que un profesional de la salud mental o un profesional en formación tenga la disposición o no de utilizar las TIC's en su práctica clínica.

El punto clave para fomentar actitudes favorables hacia la utilización de las TIC's en psicoterapia, recae en hacer frente a las necesidades de la población en cuestión de salud mental, ya que en los últimos años a nivel mundial se ha reportado un alto incremento en la prevalencia de problemas psicológicos, el esfuerzo por parte de los países de cubrir los servicios de salud mental está siendo rebasado, como consecuencia, algunas Instituciones ven como una opción utilizar los programas digitalizados para dar respuesta a esta demanda. Pues, de acuerdo con Leigh, y Flatt (2015) la "National Health Service" ve la posibilidad de incorporar los tratamientos automáticos en línea basados en aplicaciones para atender los problemas de salud mental, esto debido a que han demostrado resultados comparables con los métodos convencionales.

Por consiguiente, se requiere promover este nuevo tipo de tratamientos psicológicos tanto para los profesionales de la salud mental como los pacientes, para ello, es necesario identificar las barreras que dificultan a las personas tener una actitud favorable ante las intervenciones mediadas por las TIC's. Sin embargo, antes de promover este tipo de tratamientos es necesario que los terapeutas tengan la disposición y el conocimiento para llevarlos a la práctica, pues existe evidencia que los terapeutas tienen un pobre conocimiento (Bunge et al., 2009) y actitudes negativas (Meisel et al., 2018).

Por lo tanto, dentro de la labor del psicólogo inmerso en el campo de la psicoterapia mediada por tecnologías, compete proponer soluciones que permitan modificar las actitudes desfavorables ante este tipo de tratamientos, con la finalidad de que se incremente la utilización de estos servicios para atender los problemas psicológicos en la población mexicana, considerando las barreras que pueden interferir en la aplicación de estos programas.

Finalmente se espera que para la exploración de los factores que influyen en estas actitudes se cuente con un instrumento psicológico adecuado para la población mexicana, propiciando que las estrategias que se generen para modificar las barreras que limitan la utilización de los recursos tecnológicos en psicoterapia puedan ser aplicables en el contexto mexicano seleccionado.

Planteamiento del problema

Preguntas de Investigación

1. ¿Qué grado de validez de contenido, a través de la evaluación por jueceo de expertos, obtendrá el Protocolo “CATAS” (Encuesta de Actitudes Ante las Terapias Asistidas por Computadora) adaptado a población mexicana?
2. ¿Cuáles son las actitudes que tienen los psicólogos en formación y los profesionistas en psicología ante las intervenciones mediadas por dispositivos digitales?
3. ¿Cuáles son los factores que influyen en las actitudes positivas o negativas de los psicólogos en formación y los profesionistas en psicología ante las intervenciones mediadas por dispositivos digitales?

Objetivos

1. Determinar el grado de Validez de Contenido de la adaptación transcultural a México del Protocolo “CATAS” (Encuesta de Actitudes Ante las Terapias Asistidas por Computadora), evaluado por un grupo de expertos en psicología.
2. Explorar las actitudes que tienen los psicólogos en formación y los profesionistas en psicología ante las intervenciones mediadas por dispositivos digitales.
3. Identificar los factores que influyen en las actitudes positivas o negativas de los psicólogos en formación y los profesionistas en psicología ante las intervenciones mediadas por dispositivos digitales.

Hipótesis

H0; El grado de validez de contenido de la transculturación a México del “Protocolo CATAS” será inferior al 80% ($V=0.80$).

H1; El grado de validez de contenido de la transculturación a México del “Protocolo CATAS” será igual o superior al 80% ($V=0.80$).

Método

La presente investigación es de tipo cuantitativa no experimental. Se ha seleccionado un tipo de diseño transeccional, dado la dimensión temporal en que se recolectaron los datos, en un momento único (Hernández et al., 2014). Para propósitos del presente estudio, la investigación se dividió en dos fases:

Fase 1. Validación del Protocolo “CATAS”.

La primera fase de la investigación fue de carácter correlacional, ya que se estudió la concordancia que existe entre el grado de acuerdo establecido por un grupo de expertos sobre los criterios a evaluar en los ítems del Protocolo “CATAS”; pertinencia, lenguaje, redacción, y validez teórica. Se espera que un índice de acuerdo entre los jueces superior al 80% ($V=0.80$) en los criterios establecidos, estime una validez de contenido aceptable para el protocolo. Así mismo, dado la naturaleza de esta fase de la investigación, se adoptó un tipo de diseño instrumental, ya que se realizó el procedimiento necesario para la adaptación de un instrumento ya existente (Ato, López & Benavente, 2013), en este caso se realizó la adaptación transcultural a México del Protocolo “CATAS” mediante el método por jueceo.

Participantes

Para la validación del Protocolo “CATAS” mediante jueceo, se utilizó una muestra de tipo no probabilístico, para ello, se seleccionaron 10 expertos en psicología Clínica/Salud, de los cuáles 6 jueces contaban con grado académico de licenciatura y 4 con grado académico de maestría, todos ellos pertenecientes a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Como criterios de inclusión se consideró que los expertos tuvieran conocimiento y experiencia en la psicoterapia mediada por tecnologías, así mismo que laborarán en las

áreas a fines al ámbito clínico y sanitario, y como criterio principal que pertenecieran a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Con respecto a los criterios de exclusión se consideró que los expertos no cumplieran con los requisitos pertinentes, o que no hayan decidido participar en el tiempo establecido para el llenado de los formatos de validación. La edad, el sexo, el grado académico y la corriente teórica no se consideraron como criterios de exclusión.

Instrumentos

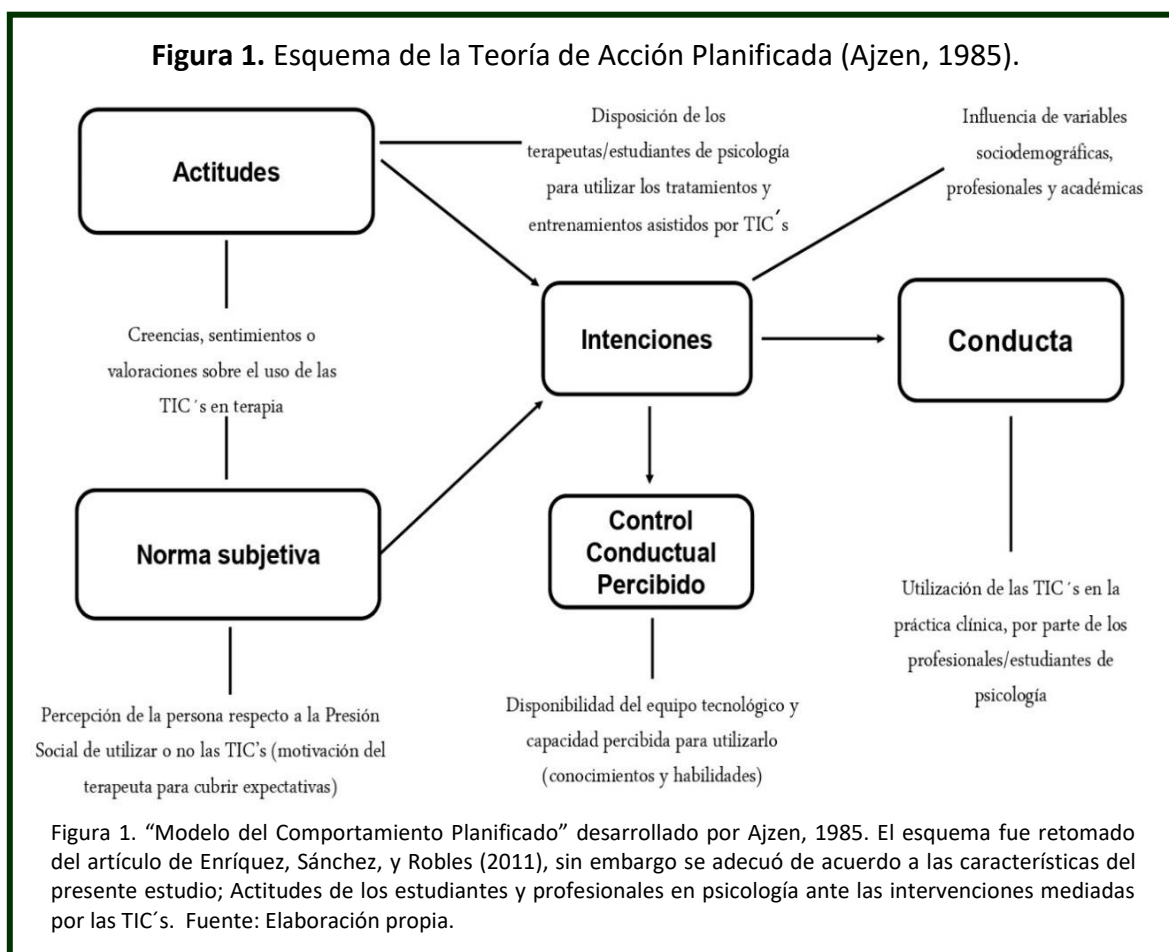
La validación del Protocolo “CATAS” se realizó mediante un Formato de validación (Ver Anexo 1), el cual contenía la versión completa del protocolo, las instrucciones y los criterios de evaluación establecidos para cada ítem; a) pertinencia (que el reactivo mida algún aspecto relacionado con las actitudes ante las terapias asistidas por dispositivos digitales), b) redacción (que el reactivo se exprese correctamente, en términos lingüísticos), c) lenguaje (que el reactivo utilice palabras apropiadas para la población mexicana a evaluar) y d) validez teórica (se refiere al grado en el que reactivo mida lo que con él se quiere medir).

Procedimiento

Inicialmente se realizó una revisión del Protocolo “CATAS” en su versión en inglés (Becker, 2012; Jess-Doss, 2013) y su traducción al español castellano (Sánchez, 2017), con la finalidad de realizar adecuaciones necesarias del protocolo previo a la evaluación por parte de los jueces. Para ello, se consideró pertinente contemplar a las *Terapias Asistidas por Computadora* desde una perspectiva más global, es decir, se abordó el concepto de *Terapias Asistidas por Dispositivos Digitales o TIC's* (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.).

De igual forma, se consideró pertinente retomar el modelo abordado por Becker y Jess-Doss (2013), nos referimos a la “Teoría del Comportamiento Planificado” (Ajzen, 1985), en la Figura 1 se muestra el esquema que explica la forma en la que se adecuó el *Modelo del Comportamiento Planificado* a las características del estudio, para ello se contempló como control conductual percibido, a la disponibilidad o acceso al equipo tecnológico y la capacidad percibida para utilizar la tecnología (habilidades y conocimientos informáticos necesarios para utilizar los programas de tratamiento

digitalizados). La norma subjetiva corresponde a las normas (sociales, profesionales y/o laborales) que influyen para que el clínico utilice o no las terapias asistidas por dispositivos digitales. Y la variable de actitudes se consideró como la disposición de los terapeutas para utilizar o no estos nuevos programas de tratamiento (Becker & Jess-Doss, 2013). De forma complementaria se abordaron variables sociodemográficas y profesionales, las cuales pueden influir en las intenciones para utilizar las TIC's en terapia.



Posteriormente se contactó vía correo electrónico a los 10 expertos que participaron en el jueceo (psicólogos expertos en la temática), en el mismo correo se adjuntaron la carta de invitación y el formato de validación. Cabe decir, que los jueces que participaron en la validación del Protocolo "CATAS", recibieron una constancia de participación, la cual se les envió vía correo electrónico.

Una vez que se obtuvieron las evaluaciones de los 10 jueces, se realizó el cálculo del Índice de Acuerdo entre Jueces (IA) y la estimación del Coeficiente V de Aiken (V)

para cada ítem que compone el Protocolo “CATAS” y de forma global. Se contempló que un ítem con un valor igual o superior al 80% ($V \geq .80$) del acuerdo entre jueces en el criterio evaluado sugería una buena validez de contenido, por el contrario, un ítem con un valor inferior al 80% ($V < .80$) se relacionó con bajos niveles de validez de contenido, por lo que tuvo que ser modificado.

Es importante mencionar, que se recibieron observaciones por parte de los jueces, en donde sugirieron realizar adecuaciones a algunos ítems, con la finalidad de adaptar la redacción y lenguaje al contexto mexicano. Una vez que se estimó la validez de contenido de cada ítem que componen el Protocolo “CATAS”, se realizaron las modificaciones necesarias, lo que permitió obtener la versión final del protocolo, la cual se transcribió en formato digital para su aplicación (Ver Anexo 2).

Fase 2. Aplicación del Protocolo “CATAS”

La segunda fase corresponde a un estudio de carácter exploratorio-correlacional; exploratorio, debido a que la temática es un problema de investigación poco estudiado (Hernández et al., 2014), tanto en México como en otros países; correlacional, ya que, buscamos identificar cómo se relacionan determinados factores que influyen en las actitudes positivas o negativas que tienen los psicólogos en formación y los profesionistas en psicología ante las intervenciones mediadas por TIC's. En concordancia con los propósitos de esta fase del estudio, se adoptó la encuesta como un método tanto para la recogida de información y como un procedimiento para producir información científica de calidad (López-Roldan & Fachelli, 2015).

Participantes

Para la aplicación del Protocolo “CATAS”, se utilizó una muestra de tipo no probabilístico (por cuotas), para ello, se contactaron 147 participantes; 99 estudiantes ($n=77$ Suayed y $n=22$ Escolarizado) y 48 profesores de psicología ($n=35$ Suayed, $n=4$ Escolarizado y $n=9$ Mixto), todos pertenecientes a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Como criterios de inclusión se estableció; ser estudiante o profesor de psicología de la FESI, UNAM (Suayed o Escolarizado), en el caso de los profesores se consideró ser psicólogo recibido/contar con título/cédula profesional, y ejercer en la práctica clínica o de la salud. Para los criterios de exclusión se consideró que los

participantes no cumplieran con los requisitos establecidos. La edad, el grado académico y la corriente teórica no se consideraron como criterios de exclusión.

Materiales e Instrumentos

Para la recolección de información se utilizó la validación del Protocolo “CATAS” (Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013; Sánchez, 2017), obtenida de la evaluación y observaciones que hicieron los jueces, cabe decir, que esta versión final se transcribió a un formato digital (Formulario de Google), en donde se adjuntó el consentimiento informado de participación, así mismo se establecieron las opciones que registraron las categorías de participantes (modalidad en la que estudias y modalidad en la que impartes clases).

El Protocolo “CATAS” recoge diversos datos, como; edad, sexo, lugar principal de trabajo, grados académicos obtenidos, y si en alguna ocasión habían visto o utilizado un programa de terapia asistida por dispositivos digitales.

Cuestionario de Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora (CATAS-Comodidad/Eficacia). Está compuesto por 8 Terapia ítems que integran las dos subescalas; Comodidad (ítem 1, 2, y 3) y Eficacia (ítem 4, 5, 6, 7, y 8), las cuáles evalúan de forma general cómo las personas pueden sentirse cuando usan tratamientos psicológicos asistidos por dispositivos digitales. Cuestionario de Actitudes ante los Entrenamientos Clínicos Asistidos por Computadora (TTCAAS-Comodidad/Eficacia). Contiene 13 ítems que integran las dos subescalas; Comodidad (ítem 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 y 13) y Eficacia (5, 7, 9, 11 y 12), las cuales pretenden evaluar como las personas pueden sentirse cuando usan programas de entrenamiento clínico asistidos por dispositivos digitales. De forma adicional, contiene una pregunta que recoge información sobre si alguna vez el profesional ha participado en un programa de entrenamiento clínico asistido por dispositivos digitales (respuesta dicotómica; si/no). Estos cuestionarios utilizan una escala Likert de 5 puntos (totalmente desacuerdo a totalmente de acuerdo), en donde las puntuaciones de los ítems negativos han sido invertidas, donde altas puntuaciones indican una actitud positiva.

Cuestionario sobre el uso de los dispositivos digitales (TCAAS). Contiene 5 preguntas que exploran el tiempo que llevan utilizando las tecnologías, el número de clases o seminarios sobre tecnologías a los que han asistido los participantes, la frecuencia de acceso a los dispositivos digitales en la casa y trabajo, y contiene una lista sobre el uso que

le dan a los dispositivos digitales el consultorio. Las primeras 4 preguntas se miden en escalas tipo Likert.

Escala de Familiaridad con la Computadora (CFS). Contiene 7 ítems que evalúan los sentimientos por parte del terapeuta relacionados con los dispositivos digitales, los elementos de esta escala fueron adaptados de los ítems de la Escala de Fluidez Web-Email (CEW-Fluency Scale; Bunz, 2004) y la Escala de Ansiedad con el Ordenador (Heinssen, Glass, & Knight, 1987). Contiene una escala tipo Likert de 5 puntos (totalmente desacuerdo a totalmente de acuerdo), en donde los ítems negativos han sido invertidos con la finalidad de que altas puntuaciones indiquen una mayor percepción subjetiva de comodidad y flexibilidad con los dispositivos digitales.

Escala de Acceso Tecnológico (TTCAAS). Contiene 5 preguntas, de las cuales dos son de tipo abierto y buscan explorar la orientación teórica del profesional, así como, el número de casos que atienden actualmente (esta pregunta se omitió debido a las características de la muestra). Así mismo, contiene 2 preguntas cerradas que exploran el uso de tratamientos manualizados y la facilidad de los terapeutas para acceder a las herramientas tecnológicas en el lugar de trabajo (se califican en escalas tipo Likert), y de forma complementaria, contiene un listado que explora que tecnologías están disponibles en el lugar de trabajo.

Escala de Actitudes ante la Práctica Basada en la Evidencia (EBPAS-Escala de apertura). Desarrollada por Aarons (2004), dicha escala contiene diversas subescalas (requeriments, appeal, openness y divergence) , sin embargo para la encuesta CATAS (Becker; 2012; Jess-Doss, 2013) solamente se utilizó la Subescala de Apertura (Openness), la cual contiene 4 ítems que evalúan la disposición general del terapeuta para utilizar nuevos tipos de terapia, o intervenciones (especialmente basados en evidencia empírica). Contiene una escala tipo Likert de 4 puntos (totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo), mientras más altas las puntuaciones mayor apertura del terapeuta a utilizar nuevos programas de intervención.

Procedimiento

Mediante las redes sociales (Facebook y WhatsApp) se realizó la invitación para participar en la presente investigación a los estudiantes de psicología (SUAYED y

presencial) de la FESI, UNAM. Para el caso de los profesionales en psicología del área clínica/sanitaria de la FESI, UNAM (profesores de la carrera de psicología SUAyED, presencial y mixto), se contactaron mediante Facebook y correo electrónico institucional.

Es importante mencionar que el Protocolo “CATAS” se realizó en formato digital mediante la plataforma “Formularios de Google”, por lo que, para responder el protocolo se compartió el link web, acompañado de una breve explicación de lo que consistía el estudio. Antes de responder el Protocolo “CATAS” los participantes leyeron un consentimiento informado adjunto al formato digital del protocolo, en donde se especificaron las características del estudio, y en el cual los estudiantes y profesores autorizaron su participación voluntaria. Una vez que respondieron el protocolo su respuesta quedó registrada en la base de datos del formulario, cabe destacar que se limitó a una participación por persona. De forma complementaria, dado que algunas preguntas no se adecuaban del todo a la muestra de estudiantes, se añadió una nota en el formulario digital, en donde se sugirió que los estudiantes respondieran las preguntas con base a la postura que tenían con respecto a los programas de intervención y capacitación mediados por TIC’s.

Resultados

Fase 1. Validación del Protocolo “CATAS”

Un grupo de jueces expertos (n=10) en el área de las intervenciones psicológicas mediadas por tecnología, evaluaron todos los ítems que componen el Protocolo “CATAS”, 6 expertos contaban con grado académico de licenciatura y 4 con grado académico de maestría. La validación por jueceo consistió en conocer si cada ítem cumplía o no con el criterio establecido; pertinencia, lenguaje, redacción, y validez teórica. A fin de determinar la validez de contenido del Protocolo “CATAS”, se realizó el cálculo del Índice de Acuerdo entre Jueces (IA) y el Coeficiente V de Aiken (V), considerando que una buena validez de contenido comprende un valor igual o por arriba del 80% ($V=.80$) del acuerdo entre los jueces evaluadores (Kerlinger & Lee, 2002).

Las puntuaciones obtenidas por cada ítem se observan en la tabla 1, en la cual se logra identificar que la mayoría de los ítems estiman un “Índice de Acuerdo entre Jueces” por arriba del 80% y un “Coeficiente V de Aiken” por arriba del 0.80, para todos los criterios de evaluación establecidos; Pertinencia, Redacción, Lenguaje y Validez Teórica.

Esto permite reconocer que los ítems que están por arriba del 80% ($V=.80$) estiman un buen grado de dominio teórico sobre el elemento que pretenden medir, mientras que los ítems que están por debajo de este valor requieren ser eliminados o realizar las modificaciones pertinentes.

Tabla 1
 “Índice de Acuerdo entre Jueces” y “Coeficiente V de Aiken” por ítem.

Escala	# Ítem	Pertinencia		Redacción		Lenguaje		Validez teórica	
		IA %	V	IA %	V	IA %	V	IA %	V
Grado académico, uso y utilización de las terapias asistidas por TIC's	1	100.00	1.00	80.00	0.80	90.00	0.90	100.00	1.00
	2	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00	90.00	0.90
CATAS (Comodidad y Eficacia)	1	100.00	1.00	90.00	0.90	60.00	0.60	100.00	1.00
	2	100.00	1.00	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00
	3	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	4	90.00	0.90	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	5	100.00	1.00	80.00	0.80	100.00	1.00	100.00	1.00
	6	100.00	1.00	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00
	7	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	90.00	0.90
	8	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
TCAAS (Uso de los Dispositivos Digitales)	1	100.00	1.00	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00
	2	90.00	0.90	80.00	0.80	80.00	0.80	100.00	1.00
	3	100.00	1.00	100.00	1.00	80.00	0.80	100.00	1.00
	4	100.00	1.00	100.00	1.00	80.00	0.80	100.00	1.00
	5	100.00	1.00	90.00	0.90	90.00	0.90	100.00	1.00
CFS (Familiaridad con los)	1	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
	2	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00

Dispositivos Digitales)		3	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
		4	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
		5	100.00	1.00	80.00	0.80	90.00	0.90	100.00	1.00
		6	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
		7	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00	100.00	1.00
TTCAAS (Comodidad y Eficacia)		1	100.00	1.00	60.00	0.60	90.00	0.90	100.00	1.00
		2	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00	100.00	1.00
		3	90.00	0.90	90.00	0.90	100.00	1.00	100.00	1.00
		4	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	90.00	0.90
		5	90.00	0.90	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
		6	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
		7	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00	100.00	1.00
		8	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00	100.00	1.00
		9	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
		10	100.00	1.00	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00
		11	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
		12	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
		13	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00	100.00	1.00
		14	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
TTCAAS (Acceso Tecnológico)		1	90.00	0.90	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00
		2	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00	100.00	1.00
		3	100.00	1.00	90.00	0.90	90.00	0.90	100.00	1.00
		4	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00	100.00	1.00
		5	100.00	1.00	80.00	0.80	100.00	1.00	100.00	1.00
EBPAS (Escala Apertura)		1	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00
		2	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00

3	100.00	1.00	90.00	0.90	100.00	1.00	100.00	1.00
4	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00	100.00	1.00

Nota: Cálculos realizados sobre el “Índice de Acuerdo entre Jueces” (IA) y el Coeficiente V de Aiken (V) para cada ítem del “Protocolo CATAS”. La probabilidad de error para el Coeficiente V de Aiken menor o igual a .80 es de $p < .05$, mientras que para un valor de V Aiken igual o superior a .90 la probabilidad de error es de $p < .001$, esto de acuerdo a los valores establecidos en las tablas de Aiken (1985) y Ecurra (1988). Fuente: Elaboración propia.

Pese a que la mayoría de los ítems estiman un buen grado de dominio teórico, se logró identificar que dos ítems obtuvieron en los criterios de Redacción o Lenguaje un valor del 60% ($V = .60$ $p < .05$); a) ítem 1 de la Escala CATAS-Comodidad, y b) ítem 1 de la Escala TTCAAS-Comodidad. Cabe decir, que el valor obtenido fue debido a que los jueces identificaron algunas palabras que no eran apropiadas para el contexto mexicano, por lo tanto, dichas palabras se modificaron con base a las retroalimentaciones que hicieron los expertos. Por consiguiente, los ítems se mantuvieron para la versión final de Protocolo “CATAS”, considerando que en los criterios restantes obtuvieron un valor aceptable de validez de contenido.

Del mismo modo, se obtuvo la Validez de Contenido Parcial (para cada escala) y Total del Protocolo “CATAS”, en la Tabla 2, se pueden observar los valores obtenidos, en ellos se puede apreciar que todas las escalas se encuentran por arriba del 80% ($V = .80$) para cada criterio establecido, esto contribuyó a que el Protocolo “CATAS” obtuviera un grado aceptable de Validez de Contenido Total (96.54%, $V = 0.97$ $p < .001$). Por lo tanto, se refiere que el protocolo cuenta con un adecuado dominio teórico que permite medir las variables que lo componen, de igual forma, cumple con las adecuaciones semánticas pertinentes para su adaptación al contexto mexicano.

Tabla 2
Validez de Contenido del Protocolo “CATAS”

Escala	Pertinencia		Redacción		Lenguaje		Validez Teórica		Validez de Contenido T	
	IA %	V	IA %	V	IA %	V	IA %	V	IA %	V
Información sobre grado académico y uso de las Intervenciones mediadas por TIC’s	100.00	1.00	85.00	0.85	95.00	0.95	95.00	0.95	93.75	0.94

CATAS (Comodidad y Eficacia)	98.75	0.99	96.25	0.96	92.50	0.93	98.75	0.99	96.56	0.97
TCAAS (Uso de las TIC's)	98.00	0.98	94.00	0.94	84.00	0.84	100.00	1.00	94.00	0.94
CFS (Familiaridad con las TIC's)	100.00	1.00	95.71	0.96	98.57	0.99	100.00	1.00	98.57	0.99
TTCAAS (Comodidad y Eficacia)	98.57	0.99	93.57	0.94	98.57	0.99	99.29	0.99	97.50	0.98
TTCAAS (Acceso Tecnológico)	98.00	0.98	90.00	0.90	96.00	0.96	100.00	1.00	96.00	0.96
EBPAS (Escala Apertura)	100.00	1.00	97.50	0.98	100.00	1.00	100.00	1.00	99.38	0.99
Validez de Contenido por Criterio	99.05	0.99	93.15	0.93	94.95	0.95	99.01	0.99	96.54	0.97

Nota: Cálculos realizados sobre el "Índice de Acuerdo entre Jueces" (IA) y el "Coeficiente V de Aiken" (V) obtenidos de forma Parcial (para cada escala) y Total para el "Protocolo CATAS". La probabilidad de error para el Coeficiente V de Aiken menor o igual a .80 es de $p < .05$, mientras que para un valor de V Aiken igual o superior a .90 la probabilidad de error es de $p < .001$, esto de acuerdo a los valores establecidos en las tablas de Aiken (1985) y Ecurra (1988). Fuente: Elaboración propia.

Fase 2. Aplicación del Protocolo "CATAS"

Confiabilidad de las escalas que componen el Protocolo "CATAS"

Inicialmente con las respuestas obtenidas de los participantes se estimó la confiabilidad de las escalas CATAS-Comodidad/Eficacia, CFS, TTCAAS-Comodidad/Eficacia y EBPAS/Apertura. Para ello, se calculó el Alfa de Cronbach (α), los valores obtenidos se pueden observar en la tabla 3, en donde se logra apreciar que las escalas sugieren un valor aceptable de fiabilidad, cabe decir, que los valores no difirieron mucho de los obtenidos en Becker (2012); Becker y Jess- Doss (2013), sin embargo se observaron puntuaciones más bajas en la Escala CATAS Total, CATAS/Eficacia, y EBPAS-Apertura.

Escala	α
CATAS/Comodidad	.67
CATAS/Eficacia	.73
CATAS	.76
CFS	.83
TTCAAS/Comodidad	.79
TTCAAS/Eficacia	.86
TTCAAS	.88
EBPAS-Apertura	.86

Nota: Nivel de fiabilidad (α) de las escalas CATAS, TTCAAS, CFS y EBPAS. Fuente: Elaboración propia.

Información sociodemográfica y profesional

Para la aplicación del Protocolo “CATAS” se obtuvo una muestra total de 154 participantes, sin embargo, 7 fueron descartados, debido a que 3 no aceptaron el consentimiento informado y otros 4 no cumplieron con los criterios establecidos. Por lo tanto, la muestra final fue de 147 participantes; 99 estudiantes de psicología (67.3%), de los cuales 77 pertenecían al sistema de modalidad SUAyED (52.4%) y 22 al sistema presencial (15%); así mismo, participaron 48 profesionistas de psicología (32.7%), de los cuales 35 pertenecían al sistema SUAyED (23.8%), 4 al sistema presencial (2.7%) y 9 a ambos sistemas (6.1%). Del total de encuestados, 112 fueron mujeres (76.2%) y 35 hombres (23.8%). La media de edad fue de 37.88, con un Rango de 51 (min.= 18 y máx.= 69) y con una $SD=10.59$.

En cuanto al lugar de trabajo principal se han clasificado las respuestas de acuerdo a lo que respondieron los participantes; 1) 51 encuestados (34.7%) mencionaron que no cuentan con un trabajo, dado que solamente se dedican a estudiar; esto conlleva sugerir que su principal lugar de actividades es la Facultad o su casa (dependiendo la modalidad de estudio); 2) 34 (23.1%) refirieron trabajar principalmente en la docencia SUAyED Psicología, por lo que, su principal lugar de trabajo es su casa; 3) 13 (8.8%) mencionaron

trabajar principalmente en la docencia presencial en la Facultad, aunque algunos refirieron también trabajar en la consulta privada.

En lo que respecta a otros principales lugares de trabajo; 14 (9.5%) no especificaron el tipo de trabajo que realizan; 10 (6.8%) refirieron trabajar en algún área relacionada con la salud, como, consultorio médico o dental, hospital o centro de salud, consultoría psicológica, y farmacia; 8 (5.4%) laboran en actividades de oficina; 5 (3.4%) se desempeñan en el sector educativo (público o privado); 4 participantes (2.8%) ejercen en áreas relacionadas con las finanzas, telecomunicaciones, tienda departamental o alguna fundación; 3 (2%) se desempeñan en el área jurídica (seguridad, despacho de abogados o anexo); 3 (2%) trabajan en algún negocio local (pinturas, papelería y servicios de internet y tienda de materias primas); y finalmente 2 (1.4%) laboran en el área industrial (textiles u otra no especificada).

Con respecto a los años de experiencia clínica se determinó que dicha pregunta no aplicaba para los estudiantes, ya que se buscó identificar la experiencia clínica que tenían los profesionistas de psicología. De los 48 profesionistas (32.7%) se estimó una media de 11.15 de años de experiencia, con un Rango de 23 (Min.=2 y Máx.=25), y una $SD=6.48$.

En relación con el grado máximos de estudios actual de los encuestados, 82 (55.8%) refirieron ser estudiantes de psicología, 17 (11.6%) mencionaron que además de ser estudiantes de psicología cuentan con un grado académico diferente al de las opciones proporcionadas, 5 (3.4%) son licenciados en psicología, 5 (3.4%) además de tener la licenciatura en psicología cuentan con un grado académico diferente al de las opciones proporcionadas, 8 (5.4%) son estudiantes de maestría en psicología, 16 (10.9%) son maestros (as) en psicología, 5 (3.4%) son estudiantes de doctorado en psicología, y 9 (6.1%) son doctores en psicología.

Visualización o uso de los programas de terapia asistidos por dispositivos digitales

En cuanto a SI/NO los participantes habían visto un programa de terapia asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.), se logró identificar que 83 encuestados (56.5%) si habían visto alguna vez este tipo de programas psicológicos, mientras que 64 (43.5%) no los habían visto. Para comprender mejor estos datos, en la tabla 4 se desglosa el número (#) de

participantes y porcentajes (%) por categorías que SI/NO han visto este tipo de programas psicológicos. Esto sugiere que la mayoría de los participantes han visto este tipo de tratamientos psicológicos, aunque si bien en los estudiantes existe un mayor desconocimiento de estos tratamientos en comparación con los profesionistas.

Tabla 4
SI/No han visto un Programa de Terapia Asistido por Dispositivos Digitales

Categoría	SI		NO	
	#	%	#	%
Estudiantes Suayed	35	23.8	42	28.5
Estudiantes Presencial	9	6.1	13	8.8
Profesores Suayed	27	18.3	8	5.4
Profesores Presencial	3	2.0	1	0.6
Profesores Mixto	9	6.1	0	0
Total	83	56.5	64	43.5

Nota: # de participantes y % por categorías que SI/NO han visualizado un Programa de Terapia Asistido por Dispositivos Digitales. Fuente: Elaboración propia.

En relación a, SI/NO los participantes habían utilizado un programa de terapia asistido por dispositivos digitales, se logró identificar que 50 encuestados (34%) si los habían utilizado, mientras que 97 (66%) no habían utilizado estos tratamientos, en la tabla 5 se desglosa el número (#) de participantes y porcentajes (%) por categorías que Sí/No han utilizado este tipo de programas psicológicos, los datos refieren que muy pocos participantes los han utilizado, identificando un mayor desconocimiento en los estudiantes de psicología.

Tabla 5
SI/No han utilizado un Programa de Terapia Asistido por Dispositivos Digitales

Categoría	SI		NO	
	#	%	#	%
Estudiantes Suayed	19	12.9	58	39.4

Estudiantes Presencial	4	2.7	18	12.2
Profesores Suayed	17	11.5	18	12.2
Profesores Presencial	3	2.0	1	0.68
Profesores Mixto	7	4.7	2	1.36
Total	50	34.0	97	66.0

Nota: # de participantes y % por categorías que SI/NO han utilizado un Programa de Terapia Asistido por Dispositivos Digitales. Fuente: Elaboración propia.

Encuesta de Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora (CATAS)

El cuestionario CATAS permitió explorar la comodidad y eficacia que sienten los profesionistas y estudiantes de psicología ante el uso de intervenciones asistidas por dispositivos digitales, sin embargo es importante mencionar que para el análisis de datos se invirtieron las puntuaciones de los ítems negativos (ítems; 1, 2, 3, 5 y 6), lo que refiere que valoraciones más altas reflejan actitudes más positivas por parte de los encuestados.

Para analizar los datos se establecieron 5 categorías de participantes; 1) Estudiantes Suayed, 2) Estudiantes Presencial, 3) Profesores suayed, 4) Profesores Presencial y 5) Profesores Mixto (ambos sistemas). Las M y la SD se calcularon para cada categoría de participantes, así como para los estudiantes y profesores en general. Los resultados se pueden observar en la tabla 6, en donde se logra apreciar que los estudiantes en general se sienten cómodos ante la posibilidad de utilizar los recursos digitales en terapia ($M=3.81$, $SD=1.14$), sin embargo, en el caso de los profesores se observa una media superior a la de los estudiantes ($M=4.57$, $SD=0.74$), esto sugiere que se sienten mucho más cómodos al utilizar estos programas de intervención.

De forma complementaria, se identificó que las medias más bajas se relacionaron con; 1) el uso de dispositivos digitales durante la intervención puede originar ansiedad, 2) temor a depender de las TIC's y perder las habilidades y 3) el uso de TIC's en terapia puede sobrepasar la capacidad del profesional. Aunque cabe decir, que las medias más bajas no refirieron un desacuerdo ante las descripciones de los ítems, en todo caso sugirieron cierto grado de neutralidad por parte de los participantes.

Tabla 6

(*M* y *SD*) CATAS-Comodidad/Eficacia

Ítems	Estudiantes		Estudiantes		Estudiantes		Profesores		Profesores		Profesores		Profesores	
	Suayed		Presencial		General		Suayed		Presencial		Mixto		General	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	3.36	1.34	3.32	1.09	3.35	1.28	4.46	1.01	3.75	0.50	4.00	1.12	4.31	1.01
2	4.08	1.07	3.82	1.14	4.02	1.09	4.63	0.55	4.50	0.58	5.00	0.00	4.69	0.51
3	4.10	1.10	3.86	0.89	4.05	1.05	4.77	0.49	4.75	0.50	4.44	1.33	4.71	0.71
Comodidad	3.85	1.17	3.67	1.04	3.81	1.14	4.62	0.68	4.33	0.53	4.48	0.82	4.57	0.74
4	4.34	0.97	3.73	0.94	4.20	0.99	4.40	0.95	3.25	2.06	3.56	1.67	4.15	1.25
5	3.45	1.20	2.59	0.91	3.26	1.19	3.77	1.11	3.75	1.26	3.67	1.73	3.75	1.23
6	3.30	1.11	3.05	1.13	3.24	1.12	3.69	1.05	3.75	0.96	4.00	1.12	3.75	1.04
7	3.56	1.09	3.64	0.85	3.58	1.04	3.63	0.77	3.25	0.96	2.78	0.97	3.44	0.87
8	3.43	0.92	3.09	0.75	3.35	0.90	3.63	1.09	2.75	0.50	2.78	1.20	3.40	1.12
Eficacia	3.62	1.06	3.22	0.92	3.53	1.05	3.82	0.99	3.35	1.15	3.36	1.34	3.70	1.10
Total	3.70	1.10	3.39	0.96	3.63	1.08	4.12	0.88	3.72	0.92	3.78	1.14	4.03	0.97

Nota: Cálculo *M* y *SD* para las valoraciones obtenidas de la Escala CATAS-Comodidad/Eficacia. Las puntuaciones medias varían de 1 a 5 donde valoraciones más altas reflejan actitudes positivas, y puntuaciones de 3 sugieren actitudes neutrales. Fuente: Elaboración propia.

En lo que respecta a la percepción sobre eficacia de estos tratamientos, los estudiantes en general presentaron una media que refiere cierto grado de neutralidad ($M=3.53$, $SD=1.05$), mientras que los profesionistas mostraron una media superior ($M=3.70$, $SD=1.10$), lo que sugiere que tienden a tener una mayor confianza sobre la eficacia de los tratamientos mediados por TIC's.

Es importante especificar que en todos los ítems que componen la subescala de eficacia se mostraron medias que refieren neutralidad o cierto grado de desacuerdo, estas difieren entre categorías de participantes, sin embargo los ítems se relacionan con; 1) la disposición para usar las TIC's en terapia aun cuando se tiene el entrenamiento adecuado; 2) el uso de los dispositivos digitales pueden dificultar la relación terapéutica o propiciar a que los pacientes abandonen el tratamiento, 3) la percepción de que no habrá mucha disposición por parte de los pacientes para aprender nuevas habilidades para utilizar TIC's,

y 4) percepción de que utilizar programas asistidos por dispositivos digitales en terapia posibilitará tener mejores resultados con los pacientes.

De forma global podemos mencionar que los estudiantes ($M=3.63$, $SD=1.08$) y profesores ($M=4.03$, $SD=0.97$) en general muestran actitudes positivas ante el uso de los programas de intervención asistidos por dispositivos digitales, aunque los profesores muestran actitudes más positivas que los estudiantes, esto de acuerdo al Puntaje Total obtenido en la Escala CATAS-Comodidad/Eficacia.

*Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora
(TCAAS)-Uso de los dispositivos digitales*

Las preguntas de este cuestionario exploraron datos con respecto al uso que le dan a los dispositivos digitales, así como la frecuencia con la que los utilizan. En cuanto al tiempo que llevan utilizando dispositivos digitales, se identificó que del total de los encuestados ($n=147$), 99 participantes (67.3%) los han utilizado desde hace 7 años o más, 22 (15%) entre 4 y 6 años, 14 (9.5%) menos de 6 meses, 10 (6.8%) entre 1 y 3 años, y 2 (1.4%) entre 6 y 12 meses. En lo que respecta a cuantas clases o seminarios sobre TIC's han asistido los encuestados, 52 participantes (35.4%) mencionaron que de 1 a 5 clases, 42 (28.6%) a más de 10 clases, 38 (25.9%) no han acudido a ninguna clase, y 15 (10.2%) de 6 a 10 clases. Estos datos sugieren que la mayoría de los participantes tienen conocimientos con respecto a los dispositivos digitales.

En cuanto a la frecuencia con la que acceden a dispositivos digitales en casa, 132 participantes (89.8%) reportaron que acceden varias veces al día, 13 (8.8%) una vez al día, 1 participante (0.7%) mencionó acceder semanalmente y otro participante nunca (0.7%). Y en lo que respecta a la frecuencia de acceso a dispositivos digitales en el consultorio, 53 participantes (36.1%) reportaron acceder varias veces al día, 41 (27.9%) nunca, 26 (17.7%) una vez al día, 19 (12.9%) semanalmente, y 8 (5.4%) una vez al mes. Estos datos nos proporcionan una visión general sobre la frecuencia con la que acceden a los dispositivos digitales los participantes, aunque es necesario considerar que tal vez la pregunta de acceso a las TIC's en el consultorio no se adecuó del todo a la población estudiantil, pues muchos estudiantes aún no tienen acceso a prácticas clínicas, pese a ello, la mayoría de los

participantes refirió acceder a los dispositivos digitales “varias veces al día” o “una vez al día” en casa.

En relación a los resultados obtenidos sobre el uso principal que les dan a los dispositivos digitales en el consultorio, se logró identificar que 125 participantes (85%) utilizan los recursos tecnológicos para realizar actividades como; agendar citas, escribir notas de los casos clínicos, enviar correos electrónicos a los pacientes, llevar expedientes clínicos, aplicar y obtener resultados de las evaluaciones. Sin embargo de este 85% solo 13 participantes (8.8%) utilizan los dispositivos digitales en terapia con el paciente (Ej. mejorar la relación terapéutica y el compromiso con el paciente). En complemento, otro grupo de 22 participantes (15%) utilizan los dispositivos digitales para otras actividades diferentes a las que se mencionan, aunque no se especificaron. Cabe decir, que posiblemente esta pregunta no se adecuó a la muestra de estudiantes, sin embargo nos proporciona un panorama general sobre el principal uso que le dan o pudieran darle a las TIC's en terapia, observando que muy bajo porcentaje las utiliza o las utilizaría para trabajar directamente con él paciente en sesión.

Escala de Familiaridad con la Computadora (CFS)

La escala de familiaridad exploró como los profesionales y estudiantes de psicología se sienten ante el uso de los dispositivos digitales, cabe decir, que para el análisis de datos se invirtieron las puntuaciones de los ítems negativos (ítems; 3 y 4), esto refiere que valoraciones más altas reflejan mayor comodidad y familiaridad ante el uso de los dispositivos digitales.

Para el cálculo de M y SD sobre las valoraciones que realizaron los participantes sobre la familiaridad con los dispositivos digitales, se utilizó el mismo procedimiento que en la escala CATAS-Comodidad y Eficacia. En la tabla 7 se pueden observar los resultados obtenidos para la escala-CFS, los cuales reportaron que los estudiantes en general se sienten bastante cómodos con el uso de los dispositivos digitales ($M=4.35$, $SD=0.87$), en el caso de los profesionales en general se observa una media superior a la de los estudiantes ($M= 4.55$, $SD= 0.88$), esto sugiere que los profesionales se sienten más cómodos ante el uso de las tecnologías.

De forma específica, la medias más bajas se observaron en el ítem 1 y 4; el ítem 1 se relaciona con la comodidad al utilizar los dispositivos digitales, mientras que el ítem 4 se relaciona con la dificultad para comprender los aspectos técnicos de estas herramientas. Pese a ello, de forma general podemos mencionar que los participantes se sienten bastante cómodos con respecto al uso de los dispositivos digitales.

Tabla 7

(*M* y *SD*) CFS-Escala de Familiaridad con los Dispositivos digitales

Ítems	Estudiantes Suayed		Estudiantes Presencial		Estudiantes General		Profesores Suayed		Profesores Presencial		Profesores Mixto		Profesores General	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
	1	4.27	1.03	3.86	1.04	4.18	1.04	4.60	0.60	3.25	2.06	4.00	1.50	4.38
2	4.56	0.83	4.23	0.92	4.48	0.86	4.80	0.41	4.25	1.50	4.22	1.56	4.65	0.86
3	4.49	0.88	4.45	0.86	4.48	0.87	4.89	0.53	4.00	2.00	4.33	1.41	4.71	0.94
4	3.87	1.27	4.14	0.94	3.93	1.21	4.51	0.85	4.50	0.58	4.11	1.54	4.44	0.99
5	4.57	0.57	4.00	0.87	4.44	0.69	4.51	0.70	4.75	0.50	4.56	1.01	4.54	0.74
6	4.74	0.47	4.59	0.67	4.71	0.52	4.74	0.56	4.75	0.50	4.56	1.33	4.71	0.74
7	4.29	0.97	4.18	0.80	4.26	0.93	4.40	0.69	5.00	0	4.33	1.32	4.44	0.82
Total	4.40	0.86	4.21	0.87	4.35	0.87	4.64	0.62	4.36	1.02	4.30	1.38	4.55	0.88

Nota: Cálculo *M* y *SD* para las valoraciones obtenidas de la Escala de Familiaridad con los Dispositivos Digitales. Las puntuaciones medias varían de 1 a 5 donde valoraciones más altas reflejan mayor comodidad y familiaridad para usar las TIC's, y puntuaciones de 3 sugieren neutralidad. Fuente: Elaboración propia.

*Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora
(TTCAAS- Entrenamientos clínicos asistidos por dispositivos digitales)*

La escala TTCAAS-Comodidad/Eficacia, exploró como los profesionales y estudiantes de psicología se sienten cuando usan programas de entrenamiento mediados por TIC's, es importante mencionar que para el análisis de datos se invirtieron las puntuaciones de los ítems negativos (ítems; 3, 6, 8, 10 y 13), esto refiere que valoraciones más altas reflejan actitudes más positivas hacia este tipo de entrenamientos.

Está escala contiene una pregunta que explora SI/NO los encuestados han participado en un entrenamiento clínico asistido por dispositivos digitales, en la tabla 8 se puede observar el número (#) y el porcentaje (%) de los encuestados que han utilizado este tipo de entrenamientos, se logra identificar que 111 participantes (75.5%) no los han

utilizado, solamente 36 participantes (24.5%) han tenido alguna experiencia con estos entrenamientos. De forma general podemos mencionar que la mayoría de los participantes tienen desconocimiento sobre los programas de capacitación digitalizados, aunque es interesante observar que existe una proporción equivalente en los estudiantes y profesionales que si han participado en este tipo de entrenamientos.

Tabla 8
SI/No han participado en un Entrenamiento Clínico Asistido por Dispositivos Digitales

Categoría	SI		NO	
	#	%	#	%
Estudiantes Suayed	15	10.2	62	42.1
Estudiantes Presencial	3	2.0	19	12.9
Profesores Suayed	12	8.1	23	15.6
Profesores Presencial	2	1.36	2	1.36
Profesores Mixto	4	2.7	5	3.4
Total	36	24.5	111	75.5

Nota: # de participantes y % por categorías que SI/NO han participado en un Entrenamiento Clínico Asistido por Dispositivos Digitales. Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la Comodidad y Eficacia al utilizar este tipo de programas de entrenamiento clínico mediados por tecnologías, se utilizó el mismo procedimiento de análisis de datos que en la escala CATAS y CFS. En la tabla 9 se pueden observar los resultados obtenidos, el Puntaje Total de esta escala permitió identificar que tanto los estudiantes ($M=4.04$, $SD=0.98$) como los profesionistas ($M=4.04$, $SD=1.07$) en general obtuvieron la misma media, esto sugiere que los participantes muestran actitudes positivas ante los programas de entrenamientos asistidos por tecnologías.

En lo que respecta a la Subescala de Comodidad, los estudiantes en general ($M=3.94$, $SD=1.07$) se sienten bastante cómodos ante la posibilidad de utilizar programas de entrenamiento clínico mediados por tecnología, mientras que los profesores en general ($M=4.08$, $SD=1.06$) muestran una media superior que refiere que se sienten mucho más cómodos ante estos programas de capacitación.

En relación a la Subescala de Eficacia, los estudiantes en general ($M=4.20$ y $SD=0.83$) mostraron mayor percepción de confianza sobre la eficacia de estos programas,

en el caso de los profesores ($M=3.97$, $SD=1.08$) obtuvieron una media ligeramente inferior lo que refiere menor percepción de confianza sobre la eficacia de estos entrenamientos. Sin embargo en general los participantes mostraron confianza sobre la eficacia de estos programas.

Pese a que existen actitudes positivas por parte de los participantes sobre estos programas de capacitación, es necesario tener en cuenta los aspectos en donde mostraron neutralidad los participantes, estos difieren entre categorías, sin embargo podemos identificar que los elementos giran en torno a la comodidad y eficacia que tienen los encuestados con respecto a estos programas de capacitación; 1) *interés* para formarse a través de estos programas de entrenamiento en las horas de trabajo o tiempo libre; 2) *comodidad* relacionada con las habilidades o la capacidad percibida para usar estos programas, así mismo considerar que este tipo de entrenamientos pueden satisfacer las necesidades del profesional, de igual forma no contar con el acceso tecnológico suficiente para usar estos programa y adicionalmente considerar que la terapia es demasiado complicada como para poder ser brindada a través de un entrenamiento asistido por TIC's; 3) *eficacia* relacionada con la percepción de que estos programas son una buena opción para desarrollar habilidades clínicas o aprender alternativas de intervención, que pueden ser una buena preparación antes de asistir a un programa de entrenamiento presencial, y que son adecuados porque se adaptan a los tiempos de las personas.

Tabla 9

(M y SD) TTCAAS-Comodidad/Eficacia

Ítems	Estudiantes		Estudiantes		Estudiantes		Profesores		Profesores		Profesores		Profesores	
	Suayed		Presencial		General		Suayed		Presencial		Mixto		General	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1	3.78	1.28	3.86	1.04	3.80	1.23	4.11	0.93	3.75	1.89	3.67	1.41	4.00	1.11
2	4.38	0.89	3.82	0.96	4.25	0.93	4.31	0.72	4.25	0.96	3.33	1.41	4.13	0.96
3	4.25	1.13	3.64	1.09	4.11	1.14	4.51	0.82	4.75	0.50	4.00	1.50	4.44	0.97
4	4.61	0.65	4.18	0.80	4.52	0.71	4.14	1.03	3.50	1.73	3.44	1.51	3.96	1.20
6	3.49	1.22	3.14	1.04	3.41	1.19	3.97	0.95	3.50	1.91	2.78	1.64	3.71	1.25
8	4.05	1.28	3.82	1.01	4.00	1.22	4.54	0.66	4.00	2.00	4.22	1.39	4.44	0.97
10	3.48	1.05	3.14	0.89	3.40	1.02	3.69	1.05	3.75	0.96	3.44	1.51	3.65	1.12
13	4.26	1.02	3.32	1.04	4.05	1.09	4.43	0.78	4.50	1.00	3.89	1.36	4.33	0.93
Comodidad	4.04	1.07	3.62	0.98	3.94	1.07	4.21	0.87	4.00	1.37	3.60	1.47	4.08	1.06

5	4.14	1.00	3.95	0.90	4.10	0.97	3.74	1.07	4.00	0.82	3.11	1.17	3.65	1.08
7	4.40	0.75	3.77	0.87	4.26	0.82	4.09	0.85	4.75	0.50	3.44	1.51	4.02	1.02
9	4.47	0.68	4.32	0.65	4.43	0.67	4.31	0.90	4.00	0.82	3.11	1.62	4.06	1.14
11	4.30	0.74	3.77	0.92	4.18	0.81	4.23	0.94	4.50	0.58	3.00	1.58	4.02	1.16
12	4.14	0.87	3.68	0.95	4.04	0.90	4.17	0.86	4.25	0.96	3.78	1.48	4.10	0.99
Eficacia	4.29	0.81	3.90	0.86	4.20	0.83	4.11	0.92	4.30	0.74	3.29	1.47	3.97	1.08
Total	4.13	0.97	3.72	0.94	4.04	0.98	4.17	0.89	4.12	1.13	3.48	1.47	4.04	1.07

Nota: Cálculo M y SD para las valoraciones obtenidas de la Escala TTCAAS-Comodidad/Eficacia. Las puntuaciones medias varían de 1 a 5 donde valoraciones más altas reflejan actitudes positivas, y puntuaciones de 3 sugieren actitudes neutrales. Fuente: Elaboración propia.

Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora Therapist Computer Access and Attitudes Survey (TTCAAS)-Acceso Tecnológico

En cuanto a su principal orientación teórica, 65 encuestados (44.2%) la definieron como Cognitivo-conductual, 14 (9.5%) Sistémico, 8 (5.4%) Conductismo, 7 (4.8%) Humanista-Existencial, y 5 (3.4%) Psicoanálisis o Psicodinámico. De forma complementaria 34 participantes (23.1%) refirieron ser estudiantes y no tener aún mucho conocimiento sobre las orientaciones teóricas, y finalmente 14 participantes (9.5%) refirieron utilizar “Otras posturas teóricas” como; practicas narrativas, histórico cultural, enfoque integral, complejidad y transdisciplina, ecléctica, psicología corporal, interconductismo y cognoscitivista. Así mismo, se exploró si los participantes utilizan tratamientos manualizados como parte de su práctica clínica, para ello 49 (33.3%) reportaron utilizar este tipo de tratamientos siempre, 75 (51%) a veces y 23 (15.6%) nunca.

En lo que respecta al tipo de tecnologías disponibles en el lugar de trabajo de los encuestados, se logró identificar que del total de la muestra ($n=147$), 138 participantes (93.9%) cuentan con al menos computadora de escritorio/portátil e internet, sin embargo, 4 participantes (2.7%) refirieron contar solamente con computadora de escritorio o portátil, y adicionalmente 5 participantes (3.4%) señalaron contar con otro tipo de tecnologías que no se encuentran en la lista proporcionada.

Es importante mencionar, que de los 138 (93.9%) participantes, 130 (88.4%) contaban con alguna otra tecnología que se encontraba en la lista, como; procesador de palabras, Kindle (lector de libros) tableta, software multimedia digital, equipo de videoconferencia, altavoces, grabadora de audio y video, webcam, reproductor DVD y

televisión /pantalla LED. Cabe decir, que de los 130 (88.4%) encuestados solamente 7 (4.8%) refirieron tener accesibilidad a juegos serios, y 1 (0.7%) mencionó tener disponible equipo de realidad virtual o aumentada.

De forma complementaria, se exploró la facilidad para acceder a dispositivos digitales en el lugar de trabajo, para ello se calcularon la M y SD de los participantes, siguiendo el mismo procedimiento de análisis que en escalas anteriores. En la tabla 10 se puede observar que los participantes mostraron fácil acceso a los dispositivos digitales en el lugar de trabajo ($M=4.27$, $SD=1.14$), sin embargo, de todas las categorías, la que mostró una media más baja fue los “Profesores Mixto” ($M=3.50$, $SD=1.29$), lo que sugiere que en esta categoría se presentan mayor número de casos que no tienen tanta facilidad para acceder a los dispositivos digitales en su lugar de trabajo, aunque en otras categorías de igual forma se presentaron pocos casos.

Tabla 10

(M y SD) Facilidad para acceder a dispositivos digitales

Estudiantes		Estudiantes		Estudiantes		Profesores		Profesores		Profesores		Profesores		Total	
Suayed		Presencial		General		Suayed		Presencial		Mixto		General			
M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
4.25	1.12	4.56	1.15	4.31	1.12	4.44	0.73	5.00	0	3.50	1.29	4.38	0.88	4.27	1.14

Nota: Cálculo de M y SD sobre la facilidad para acceder a dispositivos digitales en el trabajo. Las puntuaciones medias varían de 1 a 5 (valoraciones más altas reflejan mayor facilidad para acceder a las TIC's en el trabajo). Fuente: Elaboración propia.

Escala de Actitudes ante la Práctica Basada en la Evidencia (EBPAS-Escala de apertura)

La Escala EBPAS/Apertura exploró la disposición que tiene los participantes para utilizar nuevos tipos de intervenciones psicológicas (especialmente basadas en la evidencia empírica), cabe decir, que valoraciones más altas reflejan actitudes más positivas para usar nuevos tipos de tratamientos psicológicos. Para el cálculo de M y SD sobre las valoraciones que realizaron los participantes se utilizó el mismo procedimiento que en las escalas anteriores.

En la tabla 11 se pueden observar los resultados, los cuales reportaron que los participantes se muestran neutrales ante la disposición para utilizar nuevos tratamientos

psicológicos, sin embargo, se identificó que los estudiantes en general ($M=3.13$, $SD=1.01$) obtuvieron una media ligeramente superior a los profesionales en general ($M=3.10$, $SD=1.19$), esto sugiere que los profesionales tienen una menor disposición para utilizar nuevos tipos de terapia. Es importante mencionar que todas las categorías mostraron neutralidad en todos los ítems que componen a esta escala, los cuales describen, el interés, la comodidad y la disposición para utilizar nuevos programas de intervención basados en evidencia empírica (Ej. Tratamientos manualizados).

Tabla 11

(M y SD) EBPAS-Apertura

Ítems	Estudiantes Suayed		Estudiantes Presencial		Estudiantes General		Profesores Suayed		Profesores Presencial		Profesores Mixto		Profesores General	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
	1	3.18	1.04	2.68	1.04	3.07	1.05	3.14	0.94	3.25	1.50	3.00	1.32	3.13
2	3.36	0.84	2.68	1.09	3.21	0.94	3.03	1.22	3.00	1.41	2.89	1.54	3.00	1.27
3	3.18	0.97	3.14	1.04	3.17	0.98	3.34	1.16	2.75	1.50	3.11	1.45	3.25	1.23
4	3.14	1.01	2.73	1.20	3.05	1.06	3.14	1.06	1.75	1.71	3.00	1.41	3.00	1.22
Total	3.22	0.97	2.81	1.09	3.13	1.01	3.16	1.10	2.69	1.53	3.00	1.43	3.10	1.19

Nota: Cálculo de M y SD para las valoraciones obtenidas de la Escala EBPAS-Apertura. Las puntuaciones medias varían de 0 a 4 donde valoraciones más altas reflejan disposición para utilizar nuevos tratamientos, y puntuaciones de 3 sugieren neutralidad. Fuente: Elaboración propia.

Relaciones entre variables

Se realizó un análisis que examinó los factores que están relacionados con las actitudes de los estudiantes y profesionales de psicología para utilizar los programas de terapia asistidos por TIC's, tomando como base los estudios desarrollados previamente (Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013), los cuales lograron identificar la asociación de una serie de variables que pueden predecir las actitudes de los profesionales ante el uso de la tecnología en terapia. Para ello, se ha estudiado la relación que tiene la Escala CATAS y TTCAAS con la Escala CFS, EBPAS/Apertura, y determinadas variables, como la edad, sexo, grado académico, años de experiencia, acceso a la tecnología, orientación teórica, y conocimiento sobre los programas de intervención y capacitación mediados por TIC's. Cabe decir, que para el estudio de la asociación de variables se ha utilizado tanto la

Correlación de Pearson y el Coeficiente de Spearman, aplicados de acuerdo a la naturaleza de las variables.

Inicialmente se estudió la relación que tiene la Escala CATAS-Comodidad/Eficacia y la Escala TTCAAS-Comodidad/Eficacia, para ello, en la tabla 12 pueden observarse las correlaciones de Pearson (r) obtenidas para estas dos escalas, en donde se logra identificar que actitudes positivas sobre los tratamientos digitalizados se relacionan con actitudes favorables ante los programas de capacitación asistidos por TIC's ($r=.57$ $p<0.01$), esto de acuerdo al Puntaje Total CATAS y Puntaje Total TTCAAS. Sin embargo, se logra identificar que la Subescala CATAS-Comodidad no se relacionó de forma significativa con la Subescala TTCAAS-Eficacia, esto sugiere, que la comodidad para utilizar tratamientos digitalizados no necesariamente implica que el profesional perciba como eficaces los programas de capacitación asistidos por TIC's.

Tabla 12

Correlaciones de la escala CATAS y TTCAAS

Variable relacionada	CATAS-Comodidad	CATAS-Eficacia	CATAS Total
	r	r	r
TTCAAS-Comodidad	.41**	.60**	.62**
TTCAAS-Eficacia	.07	.50**	.39**
TTCAAS Total	.29**	.61**	.57**

Nota: Correlación significativa al nivel ** $p<0.01$. Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente se analizó la relación de la Escala CATAS-Comodidad/Eficacia y la Escala TTCAAS-Comodidad/Eficacia con las variables de edad, sexo, grado académico, años de experiencia y acceso a la tecnología en el lugar de trabajo. En la tabla 13 se pueden observar los valores de “ r ” obtenidos para estas variables, en ellos se puede identificar que el Puntaje Total CATAS que refiere actitudes positivas sobre la comodidad y eficacia ante los tratamientos mediados por TIC's, se relacionó con los años de experiencia ($r=.23$ $p<0.01$), mayor facilidad para acceder a la tecnología en el trabajo ($r=.20$ $p<0.05$), la familiaridad con los dispositivos digitales-Escala CFS ($r=.17$ $p<0.05$), y con la disposición para utilizar nuevos tipos de intervenciones-Escala EBPAS/Apertura ($r=.27$ $p<0.01$).

Cabe decir, que la Subescala de Comodidad-CATAS se relacionó con años de experiencia ($r=.35$ $p<0.01$) y con acceso a la tecnología ($r=.21$ $p<0.01$). Por otra parte, la Subescala de Eficacia-CATAS se correlacionó significativamente con el Puntaje de la Escala CFS ($r=.17$ $p<0.05$) y EBPAS-Apertura ($r=.34$ $p<0.01$). La edad no se relacionó significativamente con las actitudes positivas para utilizar terapias mediadas por TIC's.

El Puntaje Total TTCAAS que refiere actitudes positivas sobre la comodidad y eficacia para utilizar programas de capacitación clínicos mediados por TIC's, se relacionó con la facilidad de acceso tecnológico en el trabajo ($r=.27$ $p<0.01$), familiaridad con la tecnología-Escala CFS ($r=.43$ $p<0.01$) y con la disposición para utilizar nuevos tratamientos-Escala EBPAS/Apertura ($r=.47$ $p<0.01$). La edad no se relacionó significativamente con las actitudes positivas para utilizar programas de capacitación mediados por TIC's, sin embargo años de experiencia si se relacionó de forma negativa con la Subescala de Eficacia-TTCAAS ($r= -.18$ $p<0.05$), esto sugiere que a mayor años de experiencia actitudes menos favorables sobre la percepción de eficacia de los programas de capacitación asistidos por TIC's.

Tabla 13
Correlaciones de la Escala CATAS y TTCAAS (Comodidad/Eficacia) con otras variables

Variable relacionada	CATAS Comodidad r	CATAS Eficacia r	CATAS Total r	TTCAAS Comodidad r	TTCAAS Eficacia r	TTCAAS Total r
Edad	.05	.13	.11	.11	.01	.07
Años de experiencia	.35**	.08	.23**	.04	-.18*	-.06
Acceso a la tecnología	.21**	.13	.20*	.30**	.18*	.27**
Puntaje CFS	.09	.17*	.17*	.35**	.47**	.43**
Puntaje EBPAS/Apertura	.06	.34**	.27**	.34**	.56**	.47**

Nota: Correlación significativa al nivel * $p<0.05$, ** $p<0.01$. Fuente: Elaboración propia.

De forma adicional, se exploró la relación de otras variables con la Escala CATAS y TTCAAS (Comodidad/Eficacia), dado la naturaleza de las variables se utilizó el Coeficiente rho de Spearman (r_s) para estudiar las correlaciones. En la tabla 14 podemos

observar los valores de (rs) obtenidos, en los cuales, podemos identificar que el Puntaje Total CATAS se relacionó de forma negativa con los estudiantes ($rs = -.36$ $p < 0.01$), esto sugiere que los estudiantes muestran actitudes menos favorables sobre la comodidad y eficacia al utilizar los tratamientos psicológicos mediados por tecnologías.

En el caso de los profesores el Puntaje Total CATAS se relacionó con actitudes favorables ($rs = .28$ $p < 0.01$) ante estos tratamientos, especialmente se mostró una relación significativa con la Subescala de Comodidad-CATAS ($rs = .41$ $p < 0.01$) que con la Subescala de Eficacia. En lo que respecta a los entrenamientos clínicos mediados por TIC's, los estudiantes mostraron una relación significativa con la Subescala de Comodidad ($rs = -.22$ $p < 0.01$), esto sugiere que los estudiantes refirieron tener actitudes negativas sobre la comodidad al utilizar estos entrenamientos, dado, que tal vez no se sienten tan cómodos con este tipo de programas digitalizados. Cabe decir que los profesores no mostraron relaciones significativas con las actitudes positivas o negativas ante estos programas de entrenamiento clínico.

El grado académico se relacionó con el Puntaje Total CATAS ($rs = .27$ $p < 0.01$), esto sugiere que a mayor grado académico actitudes más positivas hacia los tratamientos mediados por tecnología, especialmente se relacionó de forma significativa con la Subescala de Comodidad-CATAS ($rs = .36$ $p < 0.01$) que con la Subescala de eficacia. El lugar de trabajo y el sexo (género) no se relacionaron significativamente con las actitudes positivas o negativas ante estos programas digitalizados.

Del mismo modo, se estudió la relación que tienen algunas orientaciones teóricas con las actitudes, para ello se analizaron de forma individual, considerando las posturas que se mencionaron con mayor frecuencia, las corrientes teóricas poco usuales, así como la población de estudiantes que refirieron no tener ninguna corriente teórica.

Dentro del enfoque teórico que se correlaciono con actitudes más positivas sobre los tratamientos ($rs = .23$ $p < 0.01$) y programas de capacitación ($rs = .33$ $p < 0.01$) asistidos por tecnologías fue el cognitivo conductual, aunque, no mostró una relación significativa con la Subescala de Comodidad-CATAS. La postura Sistémica se relacionó con el Puntaje Total CATAS ($rs = .19$ $p < 0.05$), esto sugirió actitudes favorables ante el uso de este tipo de terapias, especialmente este enfoque se relacionó de forma significativa con la Subescala de Comodidad-CATAS ($rs = .20$ $p < 0.05$) que con la Subescala de eficacia.

La postura Humanista-Existencial se relacionó con actitudes negativas ante los tratamientos digitalizados ($r_s = -.18$ $p < 0.05$), especialmente se relacionó con la Subescala de Eficacia ($r_s = -.20$ $p < 0.05$), así mismo, este enfoque se relacionó de forma negativa con las actitudes hacia los programas de capacitación digitalizados ($r_s = -.21$ $p < 0.05$). La categoría de “Otras posturas” se relacionó de forma negativa con la Subescala de Eficacia-CATAS ($r_s = -.22$ $p < 0.01$) y Subescala de Eficacia TTCAAS ($r_s = -.17$ $p < 0.05$), esto refiere que los participantes que se definieron con una postura teórica no tan convencional (prácticas narrativas, histórico cultural, enfoque integral, complejidad y transdisciplina, ecléctica, psicología corporal, interconductismo y cognoscitivista) mostraron actitudes desfavorables sobre la eficacia de estos programas asistidos por tecnologías.

En cuanto a los estudiantes que se definieron sin “Ninguna postura teórica” se relacionaron con el Puntaje Total CATAS ($r_s = -.19$ $p < 0.05$), esto refirió actitudes desfavorables hacia las intervenciones mediadas por TIC’s, especialmente se relacionó con la Subescala de Comodidad-CATAS ($r_s = -.29$ $p < 0.01$) que con la Subescala de Eficacia. El enfoque Conductista y Psicoanálisis/Psicodinámico, no se relacionaron de forma significativa con las actitudes positivas o negativas ante estos programas digitalizados.

Tabla 14

Correlaciones de la escala CATAS y TTCAAS (Comodidad/Eficacia) con otras variables

Variable relacionada	CATAS- Comodidad rs	CATAS- Eficacia rs	CATAS Total rs	TTCAAS- Comodidad rs	TTCAAS- Eficacia rs	TTCAAS Total rs
Sexo	-.11	.07	.01	-.03	.11	.07
Estudiantes	-.42**	-.22**	-.36**	-.22**	.01	-.14
Profesores	.41**	.12	.28**	.10	-.13	.01
Grado Acad.	.36**	.14	.27**	.09	-.13	.01
Lugar de trabajo	-.08	-.06	-.05	-.01	.06	.01
Cognitivo-conductual	.11	.24**	.23**	.28**	.32**	.33**
Conductismo	-.05	-.15	-.11	-.16	-.07	-.13
Humanista-Existencial	-.09	-.20*	-.18*	-.23**	-.17*	-.21*
Sistémico	.20*	.15	.19*	.03	-.15	-.05
Psicoanálisis/Psicodinámico	.06	.01	.02	.03	-.07	-.03

Otras posturas T.	.09	-.22**	-.11	-.10	-.17*	-.14
Ninguna postura	-.29**	-.05	-.19*	-.10	-.01	-.07
Visualización de los tratamientos TIC'S	-.31**	-.21*	-.29**	-.25**	-.12	-.22**
Uso de los tratamientos TIC's	-.25**	-.22**	-.29**	-.24**	-.19*	-.24**
Uso de los programas de capacitación TIC's	-.12	-.17*	-.21*	-.17*	-.16*	-.19*

Nota: Correlación significativa al nivel, *p<0.05, **p<0.01. Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente se analizó la relación entre el conocimiento que tienen los participantes sobre los programas de intervención y tratamientos digitalizados con la Escala CATAS y TTCAAS, cabe decir, que para evaluar el conocimiento se utilizaron las preguntas que exploraban si los participantes había visto o utilizado alguno de estos programas digitales. Los resultados reportaron relaciones negativas tanto para el Puntaje Total de la Escala CATAS como para el Puntaje Total de la Escala TTCAAS, esto refiere que un bajo conocimiento y utilización de los tratamientos asistidos por tecnologías puede predisponer actitudes desfavorables por parte de los participantes en lo que confiere a comodidad y satisfacción al utilizar los programas de intervención ($r_s = -.29$ $p < 0.01$) y capacitación ($r_s = -.22$, $r_s = -.24$ $p < 0.01$) mediados por TIC's.

De la misma forma, se observó que una escasa utilización de los programas de capacitación mediados por TIC's (bajo conocimiento), puede generar mayor reticencia ante los programas de terapia ($r_s = -.21$ $p < 0.05$), especialmente sobre la percepción de eficacia ($r_s = -.17$ $p < 0.05$). Así mismo, la escasa utilización de estas herramientas se relaciona con actitudes desfavorables sobre los entrenamientos mediados por tecnologías ($r_s = -.19$ $p < 0.05$). En general se estima que el terapeuta al carecer de conocimientos o no haber utilizado estos programas digitalizados puede reflejar actitudes más negativas sobre los mismos.

Conclusiones y Limitaciones

La presente investigación tuvo como objetivo explorar las actitudes que tienen los profesionistas y psicólogos en formación ante los tratamientos asistidos por dispositivos digitales, este fenómeno de estudio ha resultado ser novedoso debido a la escasa literatura

que se ha documentado en México y otros países, sin embargo se ha seguido la línea de investigación desarrollada por diversos autores extranjeros (Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013; Sánchez, 2017) que han explorado el tema de las actitudes tanto en profesionistas de la salud mental (psicólogos) como en estudiantes de psicología y enfermería.

Dado la falta de un instrumento que permitiera medir el constructo psicológico de interés en la población mexicana, se realizó la adaptación transcultural a México del Protocolo “CATAS” (Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013), para ello se utilizó la traducción al español castellano realizada por Sánchez (2017). Se determinó estimar la Validez de Contenido mediante el cálculo del Índice de Acuerdo entre Jueces y el Coeficiente V de Aiken, los resultados arrojaron un excelente grado de Validez de Contenido (IA=96.54%, V=0.97), estimando una probabilidad de error $p < .001$, esto de acuerdo a las tablas propuestas por Aiken (1985) y Ecurra (1988).

Adicionalmente con las respuestas obtenidas de la aplicación del Protocolo “CATAS” se estimó la confiabilidad de las *Escalas CATAS-Comodidad/Eficacia* ($\alpha=.76$), *TTCAAS-Comodidad/Eficacia* ($\alpha=.88$), *CFS* ($\alpha=.83$), y *EBPAS-Apertura* ($\alpha=.86$), estos valores sugieren una fiabilidad aceptable de dichas escalas. De forma general, una de las principales aportaciones del presente estudio es la adaptación del Protocolo “CATAS” a México, considerando que cuenta con una buena validez de contenido, así como una fiabilidad aceptable en las escalas que lo componen. Sin embargo, se sugiere que sea aplicado a una muestra de mayor tamaño con la finalidad de continuar estudiando las propiedades psicométricas del protocolo (confiabilidad y validez).

En lo que respecta al estudio de las actitudes de los profesionistas y psicólogos en formación hacia los programas de intervención asistidos por TIC's, así como los factores que pueden influir en dichas actitudes, se utilizó como modelo explicativo la “Teoría de Acción Planificada” propuesta por Ajzen (1985) y en el cual se basó Becker y Jess-Doss (2013) para sustentar los factores predictores de las actitudes de los profesionistas de salud mental, así mismo, se retomaron algunos elementos del estudio realizado por Becker (2012), como es el caso de la escala TTCAAS que permite explorar las actitudes hacia los programas de capacitación mediados por TIC's.

Dentro de las limitantes que se encontraron al aplicar el Protocolo “CATAS” fue que algunas preguntas no se adecuaron a la muestra de estudiantes, así mismo, la versión digital predispuso a que hubiera errores de llenado, esto ocasiono que se excluyeran las respuestas de algunos participantes. Otra de las limitantes fue la diferencia en el tamaño de las submuestras, por lo que, no ha sido posible establecer comparaciones estadísticas entre los grupos; 1) Estudiantes Suayed, 2) Estudiantes Presencial, 3) Profesores suayed, 4) Profesores Presencial, 5) Profesores Mixto (ambos sistemas), 5) Estudiantes en general, y 6) Profesores en general. De forma específica, la principal limitación para establecer muestras equivalentes fue debido a la dificultad para contactar profesionales y estudiantes de psicología de la FESI,UNAM, especialmente la población que está inmersa en el sistema Presencial.

En relación a los resultados obtenidos se identificó que la mayoría de los participantes habían visto un programa de terapia asistido por dispositivos digitales (56.5%), aunque el porcentaje fue ligeramente superior a la mitad de los participantes, sin embargo una minoría los ha utilizado (34%), y muy pocos encuestados han participado en un programa de capacitación asistido por tecnologías (24.5%). Cabe decir, que considerando que la muestra es mayor en los estudiantes, se identificó que existe un mayor desconocimiento sobre estos programas en los estudiantes que en los profesionales.

Por otra parte, se observó que los participantes mostraron actitudes positivas sobre los programas de intervención asistidos por tecnología, sin embargo, en todos los ítems de la Subescala de Comodidad y Eficacia se mostró cierto grado de neutralidad o desacuerdo por parte de algunos participantes. Cabe decir, que las valoraciones de neutralidad no refieren actitudes negativas sobre estos tipos de tratamiento, aunque, si es necesario considerar los ítems en donde se obtuvieron este tipo de valoraciones, pues en estos se especifican los elementos en donde los participantes tienen poca comodidad o confianza ante estos programas. De forma general, podemos mencionar que los participantes mostraron actitudes positivas ante este tipo de tratamientos, a pesar, de que los estudiantes reflejaron actitudes menos positivas que los profesionales.

En lo que respecta a los programas de capacitación asistidos por tecnología, los participantes mostraron bastante comodidad y percepción de eficacia, aunque, habría que considerar los ítems en donde los participantes mostraron cierto grado de neutralidad, pues

en estos, se puede identificar los elementos que pueden interferir para que los profesionales o estudiantes utilicen este tipo de entrenamientos. De forma general, podemos mencionar que los participantes mostraron actitudes positivas ante este tipo de programas, pese a que los estudiantes mostraron sentirse ligeramente menos cómodos que los profesionales, y en lo que se refiere a eficacia los estudiantes mostraron ligeramente mayor percepción de confianza que los profesionales.

Con relación a la facilidad de acceso a la tecnología, los participantes refirieron tener facilidad para acceder a los dispositivos digitales en el lugar de trabajo, habría que considerar que muchos de los encuestados al ser estudiantes o profesores del “Sistema Suayed” su principal lugar de trabajo es su casa, esto resulta ser favorable pues propicia una frecuencia alta de acceso a los dispositivos digitales, sin embargo, no solo está submuestra reporto fácil accesibilidad a la tecnología en casa/trabajo, pues, de forma general el 89.8 % de participantes refirió acceder a las TIC’s en casa/trabajo “varias veces al día” y un 8.8% “una vez al día”. Así mismo, la frecuencia de acceso tecnológico en el consultorio resulto ser alta, ya que el 36.1% refirió acceder a las TIC’s “varias veces al día”, 17.7% “una vez al día” y un 12.9% “una vez a la semana”, se consideró como alto porcentaje debido a que un 27.9% refirió ser estudiante y aun no tener acceso a prácticas clínicas.

A pesar de la fácil accesibilidad a dispositivos digitales (especialmente computadora e internet), la mayoría de participantes (85%) refirió utilizarlos para realizar actividades relacionadas con los pacientes, como agendar citas, enviar correos electrónicos a los pacientes, llevar expedientes clínicos, aplicar y obtener resultados de las evaluaciones, sin embargo, solamente el 8.8% refirió utilizar estos dispositivos en terapia con el paciente (Ej. mejorar la relación terapéutica y el compromiso con el paciente), esto permite confirmar el poco conocimiento y practica de los tratamientos mediados por TIC’s que tienen los encuestados.

En cuanto a la familiaridad con los dispositivos digitales los participantes mostraron sentirse cómodos y tener conocimientos sobre la utilización de la tecnología, estos datos concuerdan con que la mayoría de los participantes llevan varios años utilizando los dispositivos digitales. Finalmente, se identificó que los participantes mostraron actitudes neutrales ante la disposición de utilizar nuevos programas de tratamiento, si bien la neutralidad no refiere actitudes desfavorables, se contemplan determinados aspectos que

podrían dificultar la disposición para utilizar nuevos programas de intervención, los cuales giran en torno al interés, la comodidad y la disposición para utilizar nuevos programas de intervención basados en evidencia empírica (Ej. Tratamientos manualizados).

Otro de los hallazgos importantes fue identificar las variables que tienen relación con la Escala CATAS y TTCAAS (Comodidad/Eficacia), es decir, se identificó una serie de variables que influyen en las actitudes de los participantes sobre la comodidad y percepción de eficacia al utilizar los programas de intervención y capacitación mediados por TIC's. Aunque cabe decir, que en los estudios desarrollados previamente (Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013) exploraron mediante el Coeficiente de Determinación (R^2) los factores predictores de las actitudes de los profesionales, sin embargo para propósitos del presente estudio se decidió establecer solamente las correlaciones entre variables, dando pauta a que en estudios posteriores con muestras de mayor tamaño se puedan explorar estos factores predictores mediante algún modelo estadístico, pues este permitiría explorar el efecto que tienen algunas variables sobre las actitudes, y así de esta forma establecer factores predictores de las actitudes de los profesionales de la salud mental en México sobre los programas de intervención y capacitación asistidos por tecnologías.

Por consiguiente, inicialmente se identificó la relación que tiene la Escala CATAS y la Escala TTCAAS (Comodidad/Eficacia), aunque, es importante mencionar que en estudios previos no se exploró esta relación entre escalas (Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013), sin embargo, en esta investigación se consideró pertinente explorar si existía algún tipo de relación entre las escalas CATAS y TTCAAS, los resultados obtenidos lograron identificar que existe una correlación positiva ($r=.57$ $p<0.01$), lo que sugiere que actitudes positivas sobre la satisfacción y comodidad para utilizar programas de capacitación mediados por TIC's predispone actitudes favorables sobre la comodidad y satisfacción para utilizar tratamientos asistidos por tecnologías (viceversa). Esta relación permite comprender que el terapeuta debe sentirse cómodo y percibir como eficaces las herramientas tecnológicas en su práctica clínica tanto en su capacitación como para aplicar alternativas de tratamientos digitalizados, pues si el terapeuta no muestra actitudes positivas para utilizar programas de entrenamiento digitales muy difícilmente tendrá actitudes positivas para utilizar tratamientos asistidos por tecnologías (Viceversa).

Con respecto a otras variables de interés, se relacionaron actitudes más positivas sobre estos tratamientos con los años de experiencia ($r=.23$ $p<0.01$), la facilidad para acceder a la tecnología en el trabajo/casa ($r=.20$ $p<0.05$), la familiaridad con los dispositivos digitales-CFS ($r=.17$ $p<0.05$), y con la disposición para utilizar nuevos tratamientos-EBPAS-Apertura ($r=.27$ $p<0.01$). Para los entrenamientos clínicos mediados por TIC's se relacionaron las mismas variables; facilidad para acceder a la tecnología en el trabajo/casa ($r=.27$ $p<0.01$), familiaridad con los dispositivos digitales-CFS ($r=.43$ $p<0.01$), y con la disposición para utilizar nuevos tratamientos-EBPAS-Apertura ($r=.47$ $p<0.01$), aunque para el caso de los años de experiencia solamente se correlaciono de forma significativa con la Subescala de Eficacia-TTCAAS ($r= -.18$ $p<0.05$). La edad no mostró relación con las actitudes hacia los programas digitalizados.

En cuanto a los encuestados, se identificó que los estudiantes se relacionaron con actitudes menos positivas hacia los tratamientos asistidos por TIC's ($r_s= -.36$ $p<0.01$) tanto en la comodidad ($r_s= -.42$ $p<0.01$) como en la eficacia ($r_s= -.22$ $p<0.01$), así mismo los estudiantes mostraron actitudes desfavorables sobre la comodidad de los programas de capacitación digitales ($r_s= -.22$ $p<0.01$). Estos datos se corroboraron con el grado académico y la relación con las actitudes positivas, pues se identificó que a mayor grado académico actitudes más positivas sobre los tratamientos mediados por TIC's ($r_s=.27$ $p<0.01$), de forma específica el grado académico se relacionó significativamente con la comodidad al utilizar estos tratamientos ($r_s= .36$ $p<0.01$) y no con la eficacia.

En el caso de los profesores se relacionaron con actitudes más positivas sobre estos tratamientos ($r_s=.28$ $p<0.01$), especialmente con la comodidad ($r_s=.41$ $p<0.01$). Es importante mencionar que las actitudes desfavorables por parte de los estudiantes puede deberse al poco conocimiento que tienen sobre estos programas digitalizados, pues las correlaciones negativas obtenidas entre el conocimiento y las Escalas CATAS y TTCAAS sugieren que un desconocimiento sobre estos programas propicia actitudes negativas sobre los mismos.

Por otra parte, se exploró si la orientación teórica influía en las actitudes de los participantes, los resultados reportaron que el enfoque Cognitivo Conductual se relacionó con actitudes más positivas sobre los tratamientos ($r_s=.23$ $p<0.01$) y entrenamientos ($r_s= .33$ $p<0.01$) mediados por TIC's, de igual forma el enfoque Sistémico mostró actitudes

favorables sobre los tratamientos digitalizados ($r_s=.19$ $p<0.05$). El enfoque Humanista-Existencial presentó actitudes menos favorables ante los tratamientos ($r_s= -.18$ $p<0.05$) y entrenamientos digitalizados ($r_s= -.21$ $p<0.05$). En lo que respecta a las “Otras posturas teóricas” se correlacionaron de forma negativa con la percepción de eficacia ante los tratamientos ($r_s= -.22$ $p<0.01$) y programas de capacitación ($r_s= -.17$ $p<0.05$) digitalizados, y los participantes que no tienen “Ninguna postura teórica” se relacionaron con actitudes negativas ante los programas de tratamiento digital ($r_s= -.19$ $p<0.05$).

El enfoque Conductista y Psicoanálisis/Psicodinámico no reflejaron relación alguna con las Escalas CATAS y TTCAAS (Comodidad/Eficacia), sin embargo, se requiere continuar estudiando la relación entre las variables de orientación teórica y las actitudes hacia los tratamientos y entrenamientos mediados por TIC's, pues en los estudios previos (Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013) se identificó un pequeño efecto en la orientación teórica psicodinámica con CATAS-Eficacia y TTCAAS-Eficacia, aunque cabe decir, que la orientación teórica Cognitivo Conductual solo se relacionó de forma positiva con las escalas CATAS y TTCAAS en el estudio de Becker (2012), ya que en Becker y Jess-Doss (2013) no se identificó relación alguna.

En general, el presente estudio ha permitido explorar las actitudes que tienen los participantes con respecto a los programas digitalizados, se ha identificado que los estudiantes han mostrado actitudes menos positivas que los profesionales, estos resultados son interesantes pues difieren de los encontrados por Sánchez (2017) en donde al comparar sus resultados obtenidos con los de Becker y Jess (2013), se observó que los estudiantes mostraban actitudes más positivas sobre este tipo de tratamientos en comparación con los profesionales. Aunque, es importante mencionar que en la presente investigación las medias obtenidas por los profesionales en la Escala CATAS-Comodidad/Eficacia han sido más elevadas que en el estudio realizado por Becker y Jess-Doss (2013); en el caso de los estudiantes se observaron medias más altas en la Subescala de Eficacia pero no en la Subescala de Comodidad esto comparado con las medias obtenidas de los estudiantes de psicología que participaron en el estudio de Sánchez (2017).

Del mismo modo, se han estudiado algunos de los factores que influyen en las actitudes hacia los tratamientos digitalizados, tal es el caso, que actitudes positivas se han relacionado con la facilidad de acceso tecnológico, disposición para utilizar nuevos

tratamientos (EBPAS-Apertura), familiaridad con los dispositivos digitales (CFS), la orientación teórica Cognitivo Conductual y Sistémico, años de experiencia, y un mayor grado académico. Para el caso de los programas de capacitación digitalizados se han relacionado las mismas variables, a excepción del enfoque Sistémico y el grado académico, considerando que el enfoque Humanista-Existencial si se relacionó con estos programas digitales (tratamiento y capacitación), pero con actitudes negativas.

Pese a que estas variables relacionadas con las actitudes ya han sido estudiadas por otros autores (Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013), es necesario continuar investigando la temática en México, considerando seleccionar muestras de mayor tamaño y de diferentes contextos, con la finalidad de identificar qué otras variables están relacionadas con las actitudes ante los programas de tratamiento y capacitación asistidos por TIC's, pues en el presente estudio se abordaron una serie de variables que integran el "Modelo del Comportamiento Planificado" (Ajzen, 1985), sin embargo se debe tener en cuenta que existen otras variables que pudieran influir en dichas actitudes, tanto variables sociodemográficas, profesionales, cognitivas, conductuales, etc.

Finalmente se espera que las tecnologías se incorporen cada vez más al ámbito psicológico, generando nuevas estrategias de intervención que atiendan las demandas de salud mental de la población mexicana. Esto propiciaría que el tema de las actitudes y los factores que influyen en ellas adquiriera mayor relevancia, pues sería necesario comprender las barreras que dificultan la fomentación y la utilización de estas herramientas digitales por parte de los profesionales de la salud mental, con la finalidad de emprender acciones que modifiquen la reticencia que muestran estos profesionales para incorporar estas herramientas tecnológicas a su práctica clínica.

Así mismo, se espera que en estudios posteriores sobre esta misma línea de investigación, se explore de forma más amplia los conocimientos y habilidades con las que cuentan los profesionales para utilizar estos programas digitales, pues, no basta que los profesionales utilicen estas herramientas, ya que, es necesario una adecuada formación sobre este tipo de tratamientos, con el objetivo de proporcionar servicios de salud mental de calidad y que cumplan criterios empíricos de eficacia. De forma complementaria, se menciona que este tema de las actitudes sobre este tipo de tratamientos digitales se puede extender hacia los pacientes, aunque, para ello habría que considerar otra serie de variables

que no han sido abordadas en el presente estudio, como las ventajas y desventajas percibidas sobre estos tratamientos, expectativas del tratamiento, riesgos percibidos, etc.

Referencias

- Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research*, 6 (2), 61–74. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1564126/>
- Aiken, L. R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 131–142. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0013164485451012>
- Aiken, L. R. (2003). Test psicológicos y evaluación. México: Pearson Educación.
- Ajzen, I. (1985). From intention to actions: a theory of planned behavior. En J. Kul & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Icek_Ajzen/publication/272790646_The_Theory_of_Planned_Behavior/links/5d508e5ba6fdcc370a8ec4ca/The-Theory-of-Planned-Behavior.pdf
- Alcántara, M., Castro, M., Martínez, A., Fernández, V., y López-Soler, C. (2017). El sistema de realidad virtual EMMA-Child para el tratamiento del trauma infantil: experiencias iniciales. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4 (3), 26-34. Recuperado de <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/17-17.pdf>
- Aragón, L. E. (2011). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. En Viveros, S. (Ed.), *Evaluación psicológica. Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría* (38-61). México: Manual Moderno.

- Ato, M., López, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29 (3), 1038-1059. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n3/metolologia.pdf>
- Baños, R.M., Botella, C., Perpiñá, C., y Quero, S. (2001). Tratamiento mediante realidad virtual para la fobia a volar: un estudio de caso. *Clínica y Salud*, 12 (3), 391-404. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618319006.pdf>
- Becker, E. (2012). Computer Fluency, Access to Technology, and Attitudes Towards Technologically-Based Therapeutic Tools Among Practicing Clinicians (Tesis de Maestría). Recuperada de https://scholarlyrepository.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1352&context=oa_theses
- Becker, E., & Jensen.Doss, A. (2013). Computer-Assisted Therapies: Examination of Therapist-Level Barriers to Their Use. *Behavior Therapy*, 44, 614-624. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/257461436_Computer-Assisted_Therapies_Examination_of_Therapist-Level_Barriers_to_Their_Use
- Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A., Quero, S., Guillen, V., y Marco, H. J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *Revista sobre la sociedad del conocimiento*, (4), 32- 41. Recuperado de <https://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/botella.pdf>
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R., y García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de psicología*, 40 (2), 155-170. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/239814333_Avances_en_los_tratamientos_psicologicos_la_utilizacion_de_las_nuevas_tecnologias_de_la_informacion_y_la_comunicacion

- Bretón-López, J., Mira, A., Castilla, D., García-Palacios, A., y Botella, C. (2017). Revisión de aplicaciones de las tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica y de la salud en infancia y adolescencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4 (3), 11-16. Recuperado de <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/17-15.pdf>
- Bunge, E., López, P., Mandil, J., Gomar, M., y Borgialli, R. (2009). Actitudes de los terapeutas argentinos hacia la incorporación de nuevas tecnologías en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (3), 209-216. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921775002.pdf>
- Bunz, U. (2004). The Computer-Email-Web (CEW) Fluency Scale-Development and validation. *International Journal of Human Computer Interaction*, 17(4), 279–506. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/220302203_The_Computer-Email-Web_CEW_Fluency_Scale_Development_and_validation
- Cárdenas, G., Botella, C., Quero, S., De la Rosa, A., y Baños, R. M. (2014). Programa de telepsicología para el tratamiento de la fobia a hablar en público en población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 22 (1), 45-54. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/257874022_Programa_de_Telepsicologia_para_el_Tratamiento_de_la_Fobia_a_hablar_en_publico_en_Poblacion_Mexicana
- Cardier, M., Manrique, R., Huarte, A., Valencia, M. L., Borro, D., Calavia, D., y Manrique, M. (2016). Telemedicina. estado actual y perspectivas futuras en audiología y otología. *Rev. Med. Clin. Condes*, 27 (6), 840-847. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-telemedicina-estado-actual-y-perspectivas-S0716864016301195>

- Carpi, A. y Brea, A. (2001). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la Teoría de Acción Planeada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4 (7), 1-17. Recuperado de <https://idus.us.es/handle/11441/71640>
- De la Rosa, A., y Cárdenas, G. (2012). Trastorno por estrés postraumático: eficacia de un programa de tratamiento mediante realidad virtual para víctimas de violencia criminal en población mexicana. *Anuario de psicología*, 42 (3), 377-391. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/970/97026839008.pdf>
- Distefano, M. J., Mongelo, M. C., O’Conor, J., & Lamas, M. C. (2015). Psicoterapia y tecnología: Implicancias y desafíos en la Inserción de recursos innovadores en la práctica clínica Argentina. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18 (4), 1342-1362. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/53433/47525>
- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 15 (11). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3841358/>
- Donovan, C. L., Poole, C., Boyes, N., Redgate, J., & March, S. (2015). Australian mental health worker attitudes towards cCBT: What is the role of knowledge? Are there differences? Can we change them? *Internet Interventions*, 2 (4), 372–381. Recuperado de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2214782915300087?token=f8338e5cfc8aa686cb85404015a93af7c22e4db53260cfd5f88d08dd64f7d929465026ee54e629f5eb95a91e213ba388>
- Enríquez, D. y Sánchez, R. y Robles, S. (2011). Teorías y modelos psicológicos sobre el estudio de la salud sexual. En R. Diaz-Loving y S. Robles (coord.). *Salud y sexualidad*. (49-84) México: UNAM.

- Entenberg, G., Ciliberti, A. G., Ruiz, E., Nishimuta, K. A., y Bunge, E. L. (2019). Actitudes de los terapeutas argentinos hacia la incorporación de nuevas tecnologías en psicoterapia: diez años de evolución. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (3), 304-313. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/334713492_Actitudes_de_los_Terapeutas_Argentinos_hacia_la_Incorporacion_de_Nuevas_Tecnologias_en_Psicoterapia_Diez_Anos_de_Evolucion
- Escobar-Pérez, J., y Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27–36. Recuperado de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
- Escudero, S., Navarro, R., Reguera, B., Gesteira, C., Morán, N., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2018). Tratamiento Psicológico por Videoconferencia de una Víctima de Terrorismo con Trastorno por Estrés Postraumático y Otros Trastornos Emocionales Comórbidos 30 Años después del Atentado. *Clínica y salud*, 29(1), 21-26. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v29n1/2174-0550-clinsa-29-01-21.pdf>
- Escurra, L. M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6, 103-111. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Luis_Escurra/publication/270339510_Cuantificacion_de_la_validez_de_contenido_por_criterio_de_jueces/links/555b550308ae91e75e764c58/Cuantificacion-de-la-validez-de-contenido-por-criterio-de-jueces.pdf
- Fleming, T. M., Cheek, C., Merry, S. N., Thabrew, H., Bridgman, H., Stasiak, K., Shepherd, M., Perry, Y., & Hetrick, S. (2014). Serious games for the treatment or prevention of depression: a systematic review. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19 (3), 227-242. Recuperado de http://www.aepcp.net/arc/08_2014_n3_varios.pdf

- González, F. M. (2007). Conceptos básicos para la asignatura. En Pacheco, Y. S. (Ed.), *Instrumentos de evaluación psicológica*.(21-30). Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- González-Peña, P., Torres, R., Del Barrio, V., y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y salud*, 28, 81-91. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v28n2/1130-5274-clinsa-28-02-00081.pdf>
- Gregory, R. (2012). *Evaluación psicológica. Historia, principios y aplicación*. México: Paidós.
- Heinssen, R. K., Glass, C. R., & Knight, L. A. (1987). Assessing computer anxiety: Development and validation of the Computer Anxiety Rating Scale. *Computers in Human Behavior*, 3 (1), 49–59. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0747563287900100?via%3Dihub>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2002). *Investigación Del Comportamiento*. México: Mc Graw Hill.
- Lamas, M. C., y Distéfano, M. J. (2015). Psicología y Tecnología en el nuevo siglo. *Avances y Desafíos para la Psicología*, 411-421. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/303314303_Psicologia_y_Tecnologia_en_el_Nuevo_Siglo
- Leal, G., Vélez, C., Sánchez-Pérez, H. J., y León-Cortés, J. (2016). Las TIC en el sector salud mexicano:¿suficientes para alcanzar la cobertura nacional?. *Documento ciudadano*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/327118102_Las_Tic_En_El_Sector_Salud_Mexicano_Suficientes_Para_Alcanzar_La_Cobertura_Universal

- Leigh, S., & Flatt, S. (2015). App-based psychological interventions: friend or foe? *Evidence-based mental health*, 97-100. Recuperado de https://ebmh.bmj.com/content/ebmental/early/2015/09/16/eb-2015-102203.full.pdf?source=post_page
- López-Roldan, P., y Fachelli, S. (2015). La encuesta. Metodología de la investigación social cuantitativa (8-12). España: UAB.
- Meisel, S. F., Drury, H., & Perera-Delcourt, R. P. (2018). Therapists' attitudes to offering eCBT in an innercity IAPT service: A survey study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 11 (11), 1-16..Recuperado de https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/3C4F22B4498149D44051314C3FC13AC2/S1754470X18000107a.pdf/therapists_attitudes_to_offering_ecbt_in_an_innercity_iapt_service_a_survey_study.pdf
- Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J., y García-Cueto, E. (2014). Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*, 10 (2), 3-20. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/acpv/v10n2/02monografico2.pdf>
- Quero, S., Andreu-Mateu, S., Moragrega, I., Baños, R. M., Molés, M., Nebot, S., y Botella, C. (2017). Un programa cognitivo-conductual que utiliza la realidad virtual para el tratamiento de los trastornos adaptativos: una serie de casos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26 (1), 5-18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281950399002.pdf>
- Ramos, V. (2007). Las TIC en el sector salud. *Las tic en la sanidad*, 163, 41-45. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/28168792_las_tic_en_el_sector_de_la_salud

- Ruiz, C. (2013). *Instrumentos y Técnicas de Investigación Educativa: Un Enfoque Cuantitativo y Cualitativo para la Recolección y Análisis de Datos*. Texas: Danaga Training and Consulting.
- Sánchez, J. (2017). Actitudes de los estudiantes de psicología y de enfermería en el uso de las Tics en clínica (Tesis de licenciatura). Recuperada <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/169353>
- Schröder, J., Sautier, L., Kriston, L., Berger, T., Meyer, B., Späth, C., Köther, U., Nestoriuc, Y., Klein, J. P., & Moritz, S. (2015). Development of a questionnaire measuring Attitudes towards Psychological Online Interventions-the APOI. *Journal of Affective Disorders*, 187, 136–14. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715301488?via%3Dihub>
- Stallard, P., Richardson, T., & Velleman, S. (2010). Clinicians' attitudes towards the use of computerized cognitive behaviour therapy (cCBT) with children and adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 545–560. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-and-cognitive-psychotherapy/article/clinicians-attitudes-towards-the-use-of-computerized-cognitive-behaviour-therapy-ccb-t-with-children-and-adolescents/6EE8B57F994CEF66D502DB3EB527BBB2>
- Urrutia, M., Barrios, S., Gutiérrez, M., y Mayorga, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educ Med Super*, 28 (3). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/301/192>

Anexos

Anexo 1

*Formato de Validación del Protocolo “CATAS” a través de Jueces
(Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora)
(Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013)*

Nombre del juez: _____

Firma: _____

Estimado(a) Experto(a):

Como parte del proyecto de investigación “Actitudes y Creencias de Psicólogos en Formación y Profesionistas ante las Terapias Asistidas por Dispositivos Digitales”, actualmente estamos solicitando la revisión del Protocolo de Evaluación que se utilizará en una muestra conformada por profesionales y estudiantes de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, con el objetivo de adaptar el Protocolo “CATAS” desarrollado por Becker (2012), Becker y Jess-Doss (2013) y traducido al español castellano por Sánchez (2017).

Reconociendo su trayectoria en esta área, le solicitamos en su calidad de experto, valide el Protocolo “CATAS” anexo, bajo los criterios de:

(P). Pertinencia.- Que el reactivo mida algún aspecto relacionado con las actitudes ante las terapias asistidas por dispositivos digitales

(R). Redacción.- Que el reactivo se exprese correctamente, en términos lingüísticos.

(L). Lenguaje.- Que el reactivo utilice palabras apropiadas para la población mexicana, que para el caso de la investigación, serán profesionales y estudiantes de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

(V). Validez teórica.- Se refiere al grado en el que reactivo mida lo que con él se quiere medir.

A continuación le presentamos una breve descripción de las características del cuestionario, y al final el formato con las instrucciones de validación.

PROTOCOLO "CATAS"

(Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora)

(Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013).

Descripción:

Protocolo "CATAS" (Becker, 2012; Becker y Jess-Doss, 2013). Permite medir las actitudes de los clínicos ante las terapias asistidas por computadora. El protocolo recoge información sobre edad, sexo, grados académicos obtenidos, demografía, profesionalidad y si en alguna ocasión habían visto o utilizado un programa de terapia asistida por computadora. Así mismo contiene diversas escalas; **a) Cuestionario CATAS (Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora)**. Consta de 8 ítems que miden la eficacia y comodidad que tienen las personas cuando usan programas de terapia asistidos por computadora, utiliza una escala Likert de 5 puntos (1= completamente en desacuerdo a 5= completamente de acuerdo); **b) Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora (TCAAS)** consta de 5 preguntas que recogen información acerca del uso que le da la persona a las computadoras (tiempo, frecuencia y uso); **c) Escala de Familiaridad con la Computadora (CFS) adaptada por Becker (2012) de los ítems de la Escala de Fluidez Web-Email Computadora (CEW-Fluency Scale; Bunz, 2004), y la Escala de Ansiedad con la Computadora (CARS; Heinssen, Glass, y Knight, 1987)**. Dicha escala permite evaluar los sentimientos del terapeuta relacionados con la computadora, se constituye por 7 ítems con una escala Likert de 5 puntos (1= completamente en desacuerdo a 5= completamente de acuerdo); **d) Encuesta de Actitudes ante el Entrenamiento Asistido por Computadora (TTCAAS) desarrollada por Becker (2012)**, la cual evalúa la manera en que las personas pueden sentirse cuando usan programas de entrenamiento asistidos por computadora, dicha escala se compone de 13 ítems, que se miden en una escala Likert de 5 puntos (1= completamente en desacuerdo a 5= completamente de acuerdo). **Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora (TCAAS)** contiene 5 preguntas que recogen información sobre el lugar de trabajo, el tipo de trabajo que realiza el clínico y el acceso a dispositivos digitales; y **e) Escala de Actitudes ante la Práctica Basada en la Evidencia (EBPAS) adaptada por Becker (2012) de los ítems de la Subescala de Apertura (EBPAS) desarrollada por Aarons (2004)**, la cual contiene 4 preguntas que evalúan la disposición general del terapeuta a utilizar nuevos tipos de terapia, intervenciones, o tratamientos. Se mide en una escala Likert de 5 puntos (0= totalmente en desacuerdo a 4= totalmente de acuerdo).

Aplicación: individual

Material: Digital/ Lápiz-papel

Tiempo estimado para responder la encuesta: 15 minutos

A continuación, le presentamos el formato para jueceo del protocolo de medición requerido. Al final de cada ítem aparecen cuatro recuadros que corresponden a Pertinencia (P), Redacción (R), Lenguaje (L) y Validez teórica (V). Marque aquella opción en la que el reactivo **NO** cumpla con el criterio a evaluar.

Sin más por el momento le agradezco de antemano su apoyo y aprovecho para mandarle un afectuoso saludo.

Atentamente,

Dra. Anabel de la Rosa Gómez

Información:

No se ha conservado el formato original de las preguntas, a continuación, presentamos el formato dirigido a los jueces. Del lado izquierdo se encuentra la pregunta original, en la siguiente columna están las modificaciones hechas a la pregunta original y del lado derecho los espacios para el jueceo. Marque aquella opción en la que el reactivo NO cumpla con el criterio a evaluar.

Ítems del cuestionario original:	Modificación de los Ítems del cuestionario original	P	R	L	V	Observaciones								
<p>5. Grados y credenciales obtenidas (señala todas las que correspondan):</p> <p>a. Estudiante de grado de medicina b. Estudiante de grado de psicología c. Estudiante de grado de enfermería d. Estudiante de Máster e. Psiquiatra f. Psicólogo clínico g. MIR (Médico Interno Residente) h. PIR (Psicólogos Internos Residentes) i. Médico de atención primaria j. Trabajador social k. Enfermero l. Otra...</p>	<p>5. Grados académicos obtenidos (señala todas las que correspondan):</p> <p>a) Estudiante de licenciatura en psicología b) Licenciado en psicología c) Estudiante de maestría en psicología c) Maestro en Psicología d) Estudiante de Doctorado en psicología e) Doctor en psicología f) Otra...</p>													
<p>6. Un programa de terapia asistido por ordenador, es un programa online o a través de un CD-ROM, diseñado para ayudar en la aplicación de intervenciones terapéuticas, tanto como herramienta en las sesiones como fuera de terapia</p> <p>a. ¿Alguna vez has visto un programa de terapia asistido por ordenador?</p> <table border="1" data-bbox="325 1073 459 1141"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>b. ¿Alguna vez has utilizado un programa de terapia asistido por ordenador?</p> <table border="1" data-bbox="338 1260 472 1328"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No	<p>6. Un programa de terapia asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) es un programa en línea, diseñado para ayudar en la aplicación de intervenciones terapéuticas, tanto como herramienta en las sesiones como fuera de terapia.</p> <p>a. ¿Alguna vez has visto un programa de terapia asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.)?</p> <table border="1" data-bbox="793 1102 911 1170"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table> <p>b. ¿Alguna vez has utilizado un programa de terapia asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.)?</p> <table border="1" data-bbox="779 1276 913 1344"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>	Si	No	Si	No					
Si	No													
Si	No													
Si	No													
Si	No													

Escala de Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora (CATAS)

Las siguientes afirmaciones describen la manera en que las personas pueden sentirse cuando usan programas de terapia asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.). Por favor, indica en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones, seleccionando la respuesta que mejor describa tu opinión.

1: Completamente en desacuerdo	2: Bastante en desacuerdo	3: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4: Bastante de acuerdo	5: Completamente de acuerdo
--------------------------------	---------------------------	------------------------------------	------------------------	-----------------------------

No se ha conservado el formato original de la escala, a continuación presentamos el formato dirigido a los jueces. Del lado izquierdo se encuentra el ítem original, en la siguiente columna están las modificaciones hechas al ítem original y del lado derecho los espacios para el jueceo. Marque aquella opción en la que el reactivo NO cumpla con el criterio a evaluar.

Ítems del cuestionario original:	Modificación de los Ítems del cuestionario original	P	R	L	V	Observaciones
1. La posibilidad de utilizar ordenadores durante el tratamiento me genera aprensión	1.La posibilidad de utilizar dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) durante el tratamiento me genera aprensión					
2. Temo que si empiezo a utilizar ordenadores en terapia llegaré a depender de ellos y perderé algunas de mis habilidades	2.Temo que si empiezo a utilizar dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) en terapia llegaré a depender de ellos y perderé algunas de mis habilidades					
3. El reto de aprender el uso de ordenadores en terapia me sobrepasa	3.El reto de aprender el uso de dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) en terapia me sobrepasa					
4. Si tuviera la oportunidad y el entrenamiento adecuado, me gustaría usar los ordenadores en terapia	4.Si tuviera la oportunidad y el entrenamiento adecuado, me gustaría usar los dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) en terapia					
5. Utilizar ordenadores en terapia interferirá con la relación terapéutica	5.Utilizar dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) en terapia interferirá con la relación terapéutica					
6. Es más probable que mis pacientes abandonen el tratamiento si utilizo un programa de ordenador como parte de la terapia	6.Es más probable que mis pacientes abandonen el tratamiento si utilizo un programa asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) como parte de la terapia					
7. Mis pacientes considerarían atractiva la posibilidad de aprender nuevas habilidades usando un ordenador	7. Mis pacientes considerarían atractiva la posibilidad de aprender nuevas habilidades usando dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.)					
8. Creo que usar programas de ordenador en terapia posibilitará obtener mejores resultados con mis pacientes	8.Creo que usar programas asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) en terapia posibilitará obtener mejores resultados con mis pacientes					

**Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora
Therapist Computer Access and Attitudes Survey (TCAAS)**

Por favor responde las siguientes preguntas acerca del uso que le das a los dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.).

No se ha conservado el formato original de la escala, a continuación presentamos el formato dirigido a los jueces. Del lado izquierdo se encuentra el ítem original, en la siguiente columna están las modificaciones hechas al ítem original y del lado derecho los espacios para el jueceo. Marque aquella opción en la que el reactivo NO cumpla con el criterio a evaluar.

Ítems del cuestionario original:	Modificación de los ítems del cuestionario original	P	R	L	V	Observaciones
1. ¿Cuánto tiempo has estado utilizando ordenadores (incluido el e-mail, procesadores de texto, etc.)? a. Menos de 6 meses b. Entre 6 y 12 meses c. Entre 1 y 3 años d. Entre 4 y 6 años e. 7 años o más	1. ¿Cuánto tiempo has estado utilizando dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.)? a. Menos de 6 meses b. Entre 6 y 12 meses c. Entre 1 y 3 años d. Entre 4 y 6 años e. 7 años o más					
2. Aproximadamente ¿a cuántas clases o seminarios de informática has asistido a lo largo de tu vida?	2. Aproximadamente ¿a cuántas clases o seminarios de TICs has asistido a lo largo de tu vida?					
3. ¿Con qué frecuencia accedes al ordenador en casa? a. Muchas veces al día b. Diariamente c. Semanalmente d. Mensualmente e. Una vez al mes f. Nunca	3. ¿Con qué frecuencia accedes a dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) en casa? a. Muchas veces al día b. Diariamente c. Semanalmente d. Mensualmente e. Una vez al mes f. Nunca					
4. ¿Con qué frecuencia accedes al ordenador en el trabajo? a. Muchas veces al día b. Diariamente c. Semanalmente d. Mensualmente e. Una vez al mes f. Nunca	4. ¿Con qué frecuencia accedes a dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) en el trabajo? a. Muchas veces al día b. Diariamente c. Semanalmente d. Mensualmente e. Una vez al mes f. Nunca					
5. Si accedes al ordenador en el trabajo, ¿Cuál es el uso principal que le das? a. Chequear el Email b. Escribir notas de los casos clínicos c. Obtener resultado de las evaluaciones d. Para generar compromiso con la terapia por parte del paciente (ej. Permitir que el paciente participe en un juego de ordenador para construir la relación terapéutica) e. Administrar las evaluaciones f. Enviar email a los pacientes g. Concertar las citas h. Otras	5. Si accedes a dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) en el consultorio, ¿Cuál es el uso principal que le das? a. Checar el Email b. Escribir notas de los casos clínicos c. Obtener resultado de las evaluaciones d. Para generar compromiso con la terapia por parte del paciente (ej. Permitir que el paciente participe en un juego de computadora para construir la relación terapéutica) e. Administrar las evaluaciones f. Enviar email a los pacientes g. Concertar las citas h. Otras					

**Escala de Familiaridad con la Computadora
(CFS- Computer Fluency Scale)**

Las siguientes afirmaciones se refieren a la forma en cómo las personas se sienten al utilizar dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.). Por favor indica qué tanto estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones, seleccionando la respuesta que mejor describa tu opinión.

1: Completamente en desacuerdo	2: Bastante en desacuerdo	3: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4: Bastante de acuerdo	5: Completamente de acuerdo
--------------------------------	---------------------------	------------------------------------	------------------------	-----------------------------

No se ha conservado el formato original de la escala, a continuación presentamos el formato dirigido a los jueces. Del lado izquierdo se encuentra el ítem original, en la siguiente columna están las modificaciones hechas al ítem original y del lado derecho los espacios para el jueceo. Marque aquella opción en la que el reactivo NO cumpla con el criterio a evaluar.

Ítems del cuestionario original:	Modificación de los ítems del cuestionario original	P	R	L	V	Observaciones
1. En general, me siento cómodo utilizando el ordenador	1. En general, me siento cómodo utilizando dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.)					
2. Me siento cómodo utilizando Internet	2. Me siento cómodo utilizando Internet					
3. Intento evitar el uso del ordenador porque es algo desconocido y en algún punto me intimida	3. Intento evitar el uso de dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) porque es algo desconocido y en algún punto me intimida					
4. Tengo dificultades a la hora de comprender los aspectos técnicos de los ordenadores en general	4. Tengo dificultades a la hora de comprender los aspectos técnicos de los dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) en general					
5. Cualquier persona puede aprender a usar el ordenador si es paciente y está motivado	5. Cualquier persona puede aprender a usar los dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) si es paciente y está motivado					
6. Aprender cómo usar un ordenador es como aprender cualquier habilidad nueva. Cuanto más practiques, más dominio adquirirás en esa habilidad	6. Aprender cómo usar un dispositivo digital (computadora, tableta, celular, etc.) es como aprender cualquier habilidad nueva. Cuanto más practiques, más dominio adquirirás en esa habilidad					
7. Siento que soy capaz de seguir los avances que están ocurriendo en el campo de la informática	7. Siento que soy capaz de seguir los avances que están ocurriendo en el campo de la tecnología					

**Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora
Therapist Computer Access and Attitudes Survey (TTCAAS)**

Las siguientes afirmaciones describen la manera en que las personas pueden sentirse cuando usan programas de entrenamiento asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.). Por favor indica qué tanto estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones, seleccionando la respuesta que mejor describa tu opinión.

1: Completamente en desacuerdo	2: Bastante en desacuerdo	3: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4: Bastante de acuerdo	5: Completamente de acuerdo
--------------------------------	---------------------------	------------------------------------	------------------------	-----------------------------

No se ha conservado el formato original de la escala, a continuación presentamos el formato dirigido a los jueces. Del lado izquierdo se encuentra el ítem original, en la siguiente columna están las modificaciones hechas al ítem original y del lado derecho los espacios para el jueceo. Marque aquella opción en la que el reactivo NO cumpla con el criterio a evaluar.

Ítems del cuestionario original:	Modificación de los ítems del cuestionario original	P	R	L	V	Observaciones
Un programa de entrenamiento asistido por computadora es un programa online, o a través de un CD-ROM, diseñado para enseñar a los clínicos nuevas terapias a través de un formato multimedia interactivo. a. ¿Alguna vez has participado en un programa de entrenamiento asistido por computadora? <div style="display: flex; gap: 10px;"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </div>	Un programa de entrenamiento asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) es un programa en línea, diseñado para enseñar a los clínicos nuevas terapias a través de un formato multimedia interactivo. a. ¿Alguna vez has participado en un programa de entrenamiento asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.)? <div style="display: flex; gap: 10px;"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </div>					
1. Participaría en un programa de entrenamiento asistido por ordenador durante las horas de trabajo	1. Participaría en un programa de entrenamiento asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) durante las horas de trabajo					
2. Puedo aprender satisfactoriamente nuevos tratamientos a través de programas de entrenamiento asistidos por ordenador	2. Puedo aprender satisfactoriamente nuevos tratamientos a través de programas de entrenamiento asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.).					
3. No confío en mi capacidad para completar con éxito un programa de entrenamiento asistido por ordenador	3. No confío en mi capacidad para completar con éxito un programa de entrenamiento asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.)					
4. Participaría en un programa de entrenamiento asistido por ordenador durante mi tiempo libre	4. Participaría en un programa de entrenamiento asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) durante mi tiempo libre					
5. Un programa de entrenamiento asistido por ordenador podría ser una buena preparación antes de asistir a un programa de entrenamiento presencial.	5. Un programa de entrenamiento asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) podría ser una buena preparación antes de asistir a un programa de entrenamiento presencial.					

6. Mis necesidades individuales no se podrán satisfacer a través de un programa de entrenamiento asistido por ordenador	6. Mis necesidades individuales no se podrán satisfacer a través de un programa de entrenamiento asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.)				
7. Los programas de entrenamiento asistidos por ordenador son buenos porque puedo acceder a ellos en el momento que yo decida.	7. Los programas de entrenamiento asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) son buenos porque puedo acceder a ellos en el momento que yo decida.				
8. No tengo las habilidades técnicas necesarias para navegar a través de un programa de entrenamiento asistido por ordenador	8. No tengo las habilidades técnicas necesarias para navegar a través de un programa de entrenamiento asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.)				
9. Los programas de entrenamiento asistidos por ordenador son una buena manera de aprender nuevos tratamientos.	9. Los programas de entrenamiento asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) son una buena manera de aprender nuevos tratamientos.				
10. La terapia es demasiado complicada como para poder ser aprendida a través de un programa de entrenamiento asistido por ordenador	10. La terapia es demasiado complicada como para poder ser aprendida a través de un programa de entrenamiento asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.)				
11. Los programas de entrenamiento asistidos por ordenador pueden ser una buena manera para perfeccionar mis habilidades.	11. Los programas de entrenamiento asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) pueden ser una buena manera para perfeccionar mis habilidades.				
12. Los programas de entrenamiento asistidos por ordenador son buenos porque puedo trabajar a mi ritmo.	12. Los programas de entrenamiento asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) son buenos porque puedo trabajar a mi ritmo.				
13. No tengo suficiente acceso a ordenadores como para usar un programa de entrenamiento asistido por ordenador.	13. No tengo suficiente acceso a los dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) como para usar un programa de entrenamiento asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.)				

**Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora
Therapist Computer Access and Attitudes Survey (TTCAAS)**

También estamos interesados en conocer sobre su lugar de trabajo y el tipo de trabajo que realizas. Por favor responde las siguientes preguntas.

Se ha conservado el formato original de la escala, a continuación presentamos el formato dirigido a los jueces. Del lado izquierdo se encuentra el ítem original, y del lado derecho los espacios para el jueceo. Marque aquella opción en la que el reactivo NO cumpla con el criterio a evaluar.

Ítems del cuestionario original:	P	R	L	V	Observaciones
1. ¿Cuál es tu principal orientación teórica?					
2. Aproximadamente, ¿Cuántos casos activos manejas al mismo tiempo?					
3. ¿Utilizas tratamientos manualizados (protocolizados) como parte de tu práctica? a. A menudo b. A veces c. Nunca					

No se ha conservado el formato original de la escala, a continuación presentamos el formato dirigido a los jueces. Del lado izquierdo se encuentra el ítem original, en la siguiente columna están las modificaciones hechas al ítem original y del lado derecho los espacios para el jueceo. Marque aquella opción en la que el reactivo NO cumpla con el criterio a evaluar.

Ítems del cuestionario original:	Modificación de los ítems del cuestionario original	P	R	L	V	Observaciones
4. Por favor indica cuáles de estas tecnologías están disponibles en tu lugar de trabajo (marca todas las que apliquen) -Ordenadores de sobremesa -Grabadora de audio -Portátil -Grabadora de video -Netbook -Micrófono -Tablet -Reproductor de DVD -Software multimedia digital -Equipo de realidad virtual -Equipo de videoconferencia -Otros -Programas de procesamiento de palabras -Webcam -Altavoces -Internet	4. Por favor indica cuáles de estas tecnologías están disponibles en tu lugar de trabajo (marca todas las que apliquen) -Computadoras de escritorio -Grabadora de audio -Computadora Portátil -Grabadora de video -Netbook -Micrófono -Tablet -Reproductor de DVD -Software multimedia digital -Equipo de realidad virtual -Equipo de videoconferencia -Otros -Programas de procesamiento de palabras -Webcam -Altavoces -Internet					
5. En una escala de 1 (sin ningún acceso) a 5 (fácil acceso) ¿En qué medida te resulta fácil acceder a un ordenador en el trabajo? 1 _____ 3 _____ 5 _____ 2 _____ 4 _____	5. En una escala de 1 (sin ningún acceso) a 5 (fácil acceso) ¿En qué medida te resulta fácil acceder a dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, etc.) en el trabajo? 1 _____ 3 _____ 5 _____ 2 _____ 4 _____					

**Escala de Actitudes ante la Práctica Basada en la Evidencia
Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)**

A continuación, encontrarás una serie de preguntas referidas a cómo te sientes en relación al uso de nuevos tipos de terapia, intervenciones, o tratamientos. Las terapias, tratamientos, o intervenciones manualizados o protocolizados se refieren a cualquier intervención con guías concretas y/o componentes específicos que se describen en un manual y/o que se van a seguir de un modo estructurado y predeterminado. Indica qué tanto estás de acuerdo con cada frase utilizando la siguiente escala:

0: Totalmente en desacuerdo	1: Ligeramente de acuerdo	2: Moderadamente de acuerdo	3: Bastante de acuerdo	4: Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------------------	-----------------------------	------------------------	--------------------------

Se ha conservado el formato original de la escala, a continuación presentamos el formato dirigido a los jueces. Del lado izquierdo se encuentra el ítem original, y del lado derecho los espacios para el jueceo. Marque aquella opción en la que el reactivo NO cumpla con el criterio a evaluar.

Ítems del cuestionario original:	P	R	L	V	Observaciones
1. Me gusta utilizar nuevos tipos de terapias/intervenciones para ayudar a mis pacientes					
2. Estoy dispuesto a probar nuevos tipos de terapias/intervenciones, incluso si tengo que seguir un manual de tratamiento.					
3. Estoy dispuesto a utilizar nuevas y diferentes terapias/intervenciones desarrolladas por los investigadores.					
4. Probaría una nueva terapia/intervención incluso aunque fuera muy diferente de lo que estoy acostumbrado a utilizar					

Anexo 2

Protocolo CATAS (Versión digital)

(Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora)

(Becker, 2012; Becker & Jess-Doss, 2013).

Consentimiento Informado

Estimado participante:

En el marco del estudio de investigación “Actitudes de Psicólogos en Formación y Profesionistas Ante Intervenciones en Línea Autoaplicadas”, que tiene como propósito conocer las actitudes de estudiantes y profesionales en psicología ante las terapias asistidas por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.). Se te hace la cordial invitación para participar respondiendo las siguientes preguntas.

Es importante mencionar que no te tomará más de 15 minutos en responder. Asimismo, se te informa que tu participación no implica ningún riesgo, dado que la información que nos proporcionas será confidencial y los datos recabados solamente serán utilizados para fines académicos y de investigación.

Te pedimos contestes con la mayor sinceridad posible. De antemano gracias por tu participación.

Si deseas participar de forma voluntaria da “clic” en la opción “Aceptar”, en caso contrario da “clic en la opción “No aceptar” y cierra el formulario.

- a) Aceptar
- b) No aceptar

Categoría de Participantes

1. Modalidad en la que estudias
 - a) No aplica la pregunta (para el caso de profesores)
 - b) Psicología (sistema SUAyED)
 - c) Psicología (sistema Presencial)

2. Modalidad en la que impartes clases
 - a) No aplica la pregunta (para el caso de estudiantes)
 - b) Psicología (sistema SUAyED)
 - c) Psicología (sistema Presencial)
 - d) Mixto (sistema SUAyED y Presencial)

Información sociodemográfica y profesional

1. Edad: _____

2. Sexo:

- a) Hombre
- b) Mujer

3. Lugar de trabajo principal: _____

4. Años de experiencia clínica (si eres estudiante de licenciatura, escribe “No aplica”)

5. Grado máximo de estudios actual (señala todas las que correspondan):

- a) Estudiante de licenciatura en psicología
- b) Licenciado(a) en psicología
- c) Estudiante de maestría en psicología
- c) Maestro(a) en Psicología
- d) Estudiante de Doctorado en psicología
- e) Doctor(a) en psicología
- f) Otra...

6. Un programa de terapia asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) está diseñado para ayudar en la aplicación de intervenciones terapéuticas que se usan como herramienta tanto en sesión como fuera de la terapia.

- a. ¿Alguna vez has visto un programa de terapia asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.)?

Si	No
----	----

- b. ¿Alguna vez has utilizado un programa de terapia asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.)?

Si	No
----	----

Encuesta de Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora (CATAS)

The Therapist Computer Access and Attitudes Survey

Las siguientes afirmaciones describen la manera en que las personas pueden sentirse cuando usan programas de terapia asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.). Por favor, indica en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones, seleccionando la respuesta que mejor describa tu opinión.

1: Completamente en desacuerdo

2: Bastante en desacuerdo

3: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

4: Bastante de acuerdo

5: Completamente de acuerdo

1. La posibilidad de utilizar dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) durante la intervención me genera ansiedad.	1	2	3	4	5
2. Temo que si empiezo a utilizar dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) en terapia, llegaré a depender de ellos y perderé algunas de mis habilidades.	1	2	3	4	5
3. El reto de aprender el uso de dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) en terapia, me sobrepasa.	1	2	3	4	5
4. Si tuviera la oportunidad y el entrenamiento adecuado, me gustaría usar los dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) en terapia.	1	2	3	4	5
5. Utilizar dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) en terapia puede dificultar la relación terapéutica.	1	2	3	4	5
6. Considero que es más probable que mis pacientes abandonen el tratamiento si utilizo un programa asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) como parte de la terapia.	1	2	3	4	5
7. Mis pacientes considerarían atractiva la posibilidad de aprender nuevas habilidades usando dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.).	1	2	3	4	5
8. Creo que usar programas asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) en terapia posibilitará obtener mejores resultados con mis pacientes.	1	2	3	4	5

Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora

Therapist Computer Access and Attitudes Survey (TCAAS)

Por favor responde las siguientes preguntas del uso que le das a los dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.).

1. ¿Desde hace cuánto tiempo has estado utilizando dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.)?

- a. Menos de 6 meses
- b. Entre 6 y 12 meses
- c. Entre 1 y 3 años
- d. Entre 4 y 6 años
- e. 7 años o más

2. Aproximadamente, ¿a cuántas clases o seminarios de TIC's (Tecnologías de la Información y la Comunicación) has asistido a lo largo de tu vida?

- a. Ninguna
- b. De 1 a 5
- c. De 6 a 10
- d. Más de 10

3. ¿Con qué frecuencia accedes a dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) en casa?

- a. Una vez al día
- b. Varias veces al día
- c. Semanalmente
- d. Mensualmente
- e. Una vez al mes
- f. Nunca

4. ¿Con qué frecuencia accedes a dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) en el consultorio?

- a. Una vez al día
- b. Varias veces al día
- c. Semanalmente
- d. Mensualmente
- e. Una vez al mes
- f. Nunca

5. Si accedes a dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) en el consultorio, ¿Cuál es el uso principal que le das? (marca todas las que apliquen).

- a. Revisar el correo electrónico
- b. Escribir notas de los casos clínicos
- c. Obtener resultados de las evaluaciones
- d. Para generar compromiso con la terapia por parte del paciente (ej. Permitir que el paciente participe en un juego de computadora para construir la relación terapéutica)
- e. Aplicar las evaluaciones
- f. Enviar correos electrónicos a los pacientes
- g. Agendar las citas
- h. Llevar expedientes clínicos
- I. Otras

Escala de Familiaridad con la Computadora
(CFS-Computer Fluency Scale)

Las siguientes afirmaciones se refieren a la forma en cómo las personas se sienten al utilizar dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.). Por favor indica qué tanto estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones, seleccionando la respuesta que mejor describa tu opinión.

1: Completamente en desacuerdo

2: Bastante en desacuerdo

3: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

4: Bastante de acuerdo

5: Completamente de acuerdo

1. En general, me siento cómodo utilizando dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.).	1	2	3	4	5
2. Me siento cómodo utilizando Internet.	1	2	3	4	5
3. Intento evitar el uso de dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) porque es algo desconocido y en algún punto me intimida.	1	2	3	4	5
4. Tengo dificultades a la hora de comprender los aspectos técnicos de los dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) en general.	1	2	3	4	5
5. Creo que cualquier persona puede aprender a usar los dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) si tiene paciencia y está motivado.	1	2	3	4	5
6. Aprender cómo usar un dispositivo digital (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) es como aprender cualquier habilidad nueva. Cuanto más practiques, más dominio adquirirás en esa habilidad.	1	2	3	4	5
7. Me siento capaz de dar seguimiento a los avances tecnológicos que están ocurriendo.	1	2	3	4	5

Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora
Therapist Computer Access and Attitudes Survey (TTCAAS)

Un programa de entrenamiento clínico asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) está diseñado para enseñar a los clínicos nuevas alternativas terapéuticas mediante un formato multimedia interactivo.

a. ¿Alguna vez has participado en un programa de entrenamiento clínico asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.)?

Si	No
----	----

Las siguientes afirmaciones describen la manera en que las personas pueden sentirse cuando usan programas de entrenamiento clínico asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.). Por favor indica en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones, seleccionando la respuesta que mejor describa tu opinión.

- 1: Completamente en desacuerdo
- 2: Bastante en desacuerdo
- 3: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 4: Bastante de acuerdo
- 5: Completamente de acuerdo

1. Participaría en un programa de entrenamiento clínico asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) durante las horas de trabajo.	1	2	3	4	5
2. Estoy interesado(a) en formarme a través de programas de entrenamiento clínico asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.).	1	2	3	4	5
3. No confío en mi capacidad para completar con éxito un programa de entrenamiento clínico asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.).	1	2	3	4	5

4. Participaría en un programa de entrenamiento clínico asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) durante mi tiempo libre.	1	2	3	4	5
5. Un programa de entrenamiento clínico asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) podría ser una buena preparación antes de asistir a un programa de entrenamiento presencial.	1	2	3	4	5
6. Considero que mis necesidades no se podrán satisfacer a través de un programa de entrenamiento clínico asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.).	1	2	3	4	5
7. Los programas de entrenamiento clínico asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) son eficientes y fáciles de usar porque puedo acceder a ellos en el momento que yo decida.	1	2	3	4	5
8. No tengo las habilidades técnicas necesarias para navegar a través de un programa de entrenamiento clínico asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.).	1	2	3	4	5
9. Los programas de entrenamiento clínico asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) son una buena opción para aprender nuevas alternativas de intervención clínica.	1	2	3	4	5
10. La terapia es demasiado complicada como para poder ser brindada a través de un programa de entrenamiento clínico asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.).	1	2	3	4	5
11. Los programas de entrenamiento clínico asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) pueden ser una buena opción para perfeccionar mis habilidades.	1	2	3	4	5
12. Los programas de entrenamiento clínico asistidos por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) son adecuados porque se adaptan a mis necesidades, tiempos y ritmos.	1	2	3	4	5
13. No tengo suficiente acceso a los dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) como para usar un programa de entrenamiento clínico asistido por dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.).	1	2	3	4	5

Encuesta de Acceso y Actitudes ante las Terapias Asistidas por Computadora

Therapist Computer Access and Attitudes Survey (TTCAAS)

También estamos interesados en conocer sobre su lugar de trabajo y el tipo de trabajo que realiza. Por favor responde las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál es tu principal orientación teórica? _____

2. Aproximadamente, ¿Cuántos casos en proceso clínico atiendes? _____

3. Las terapias, tratamientos, o intervenciones manualizados o protocolizados se refieren a cualquier intervención con guías concretas y/o componentes específicos que se describen en un manual y/o que se van a seguir de un modo estructurado y predeterminado. ¿Utilizas tratamientos manualizados (protocolos de intervención) como parte de tu práctica?

a. Siempre

b. A veces

c. Nunca

4. Por favor indica cuáles de estas tecnologías están disponibles en tu lugar de trabajo (marca todas las que apliquen)

Computadoras de escritorio	Computadora Portátil	Kindle (lector de libros electrónicos)	Tableta	Software multimedia digital
Equipo de videoconferencia	Programas de Procesamiento de palabras	Webcam	Altavoces	Internet
Grabadora de audio	Grabadora de vídeo	Micrófono	Reproductor de DVD	Equipo de realidad virtual y Aumentada/mixto
Videojuegos serios	Televisión/pantalla LED	Otros		

5. En una escala de 1 (sin ningún acceso) al 5 (fácil acceso), para ti, ¿Qué tan fácil es acceder a dispositivos digitales (computadora, tableta, celular, realidad virtual, realidad aumentada, mixta, etc.) en el trabajo?

1 _____ 3 _____ 5 _____

2 _____ 4 _____

Escala de Actitudes ante la Práctica Basada en la Evidencia
Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS)

A continuación, encontrarás una serie de preguntas referidas a cómo te sientes en relación al uso de nuevos tipos de terapia, intervenciones, o tratamientos. Las terapias, tratamientos, o intervenciones manualizados o protocolizados se refieren a cualquier intervención con guías concretas y/o componentes específicos que se describen en un manual y/o que se van a seguir de un modo estructurado y predeterminado. Indica qué tanto estás de acuerdo con cada frase utilizando la siguiente escala:

0: Totalmente en desacuerdo

1: Ligeramente de acuerdo

2: Moderadamente de acuerdo

3: Bastante de acuerdo

4: Totalmente de acuerdo

1. Me gusta utilizar nuevos tipos de terapias/intervenciones para ayudar a mis pacientes.	0	1	2	3	4
2. Estoy dispuesto(a) a probar nuevos tipos de terapias/intervenciones, incluso si tengo que seguir un manual de intervención.	0	1	2	3	4
3. Estoy dispuesto(a) a utilizar nuevas y diferentes terapias/intervenciones basadas en evidencia empírica.	0	1	2	3	4
4. Me interesaría probar una nueva terapia/intervención incluso aunque fuera muy diferente de lo que estoy acostumbrado a utilizar.	0	1	2	3	4