

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Abstract.....	2
2. Extended Summary.....	3
3. Introducción.....	4
4. Método.....	10
○ Participantes.....	10
○ Material.....	10
○ Procedimiento.....	11
○ Análisis estadísticos de los datos.....	12
5. Resultados.....	12
○ Actitudes sobre la terapia asistida por ordenador.....	12
6. Discusión.....	15
7. Referencias.....	16
8. Anexos.....	24

RESUMEN; El presente estudio tiene como objetivo explorar las actitudes de los estudiantes de psicología y de enfermería acerca de utilizar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para aplicarlas en los tratamientos clínicos rutinarios, así como su posible utilidad para mejorar sus habilidades como profesionales. El estudio presenta datos sobre su actitud a usar las terapias asistidas por ordenador, y las compara con otro estudio realizado a profesionales. También hace una comparación entre los dos grupos de estudiantes a ver si existen diferencias significativas entre ambos.

Palabras clave: TICs, estudiantes, clínica, actitudes.

ABSTRACT; The present study aims to explore the attitudes of psychology and nursing students about the use of new information and communication technologies (ICTs) for tests in routine clinical treatments, as well as their possible usefulness to improve their Skills as Professionals. The study presents data on their attitude to using computer-aided therapies, and compares them with other professional studies. It also makes a comparison between the two groups of students that there are significant differences between the two.

Key Words: TICs, Students, attitudes, clinic

Extended Summary

Due to the reduction of the number of studies that deal with the issue related to the use of Information Technology and Communication in clinical practice, this paper proposes some data on the attitudes of psychology and nursing students. Although there are studies that demonstrate the effectiveness of these tools in therapy, there are still many people who are not able to use regularly in their professional chores. For this, the present study aims to study the predisposition that the future-professionals have at the moment in the clinical intervention.

The main objective of the study is to obtain data from students to assess in a quantitative way the attitudes that are presented to use the computers in clinical therapy, and the data are compared with other studies done to professionals. Attention has been given to attitudes about computer-assisted therapies.

To carry out the study we had a sample of 40 participants of the 13 subjects were men and 28 women, mostly from the University Jaume I. Of them 27 study psychology and the other 14, nursing. The materials used have been questioned CATAS. Questionnaire has allowed us to evaluate the fluency of the participants with the computer through the CFS, a questionnaire composed of a Likert scale of 5 points and a reliability of 0.82. Attitudes toward computer-aided therapy through CATAS, formed by subscales of belief in efficacy and comfort in use, have also been evaluated. Questionnaires were administered through email and social networks. Analyzes were carried out through the SPSS program. We have performed descriptive analyzes, as well as tables and correlations.

Regarding the results of the attitudes about computer-assisted therapy, some differences have been observed with previous studies. We can observe that the superiority in almost all the views obtained by the students with respect to the sizes of the professionals of the study of Becker and Jensen-Doss (2013) has been observed, although we cannot know if they correspond to significant differences or not. In addition, of almost all positions of the items of the two sub-stairs slightly greater in positive attitudes, a significant difference in the sub-scale of Efficacy has been observed. Instead of finding a business score translated as it was previously obtained, students are no longer so indifferent that computer-aided therapies work. Students do not consider the way technologies interfere with the therapeutic relationship, which does not allow for improved outcomes, as many veteran professionals tend to think. It seems that young people are more motivated for new technological tools.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICs) comienzan a ser herramientas de las que muchos profesionales dependen para realizar sus quehaceres laborales. De la misma manera que se utilizan en distintas disciplinas por su comodidad y facilidad, la psicología clínica también tiene pretensiones similares. 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 TICs en terapia. La literatura centrada en estas herramientas no es muy amplia, por lo que todavía resulta complicado incorporarlas en la práctica habitual. Como propone la guía clínica de evaluación de la eficacia (*Template for Developing Guidelines: Interventions for Mental Disorders and Psychological Aspects for Physical Disorders*) elaborada por el APA (*APA Task Force on Psychological Intervention Guideline*, 1995):

“El Eje 1 de la *eficacia* o la validez interna, el cual implica analizar con rigor la evidencia científica disponible con el objetivo de medir la eficacia de cualquier tratamiento dado. El Eje 2 de la *efectividad* o utilidad clínica, que supone analizar la aplicabilidad y posibilidad de la intervención en el contexto concreto en el que tenga que ofrecerse. Aquí se incluirían cuestiones tales como la capacidad (y la disponibilidad) de los profesionales en cuestión, el grado en que los pacientes aceptan el tratamiento o el rango de aplicabilidad del tratamiento (Botella, Quero, Serrano, Baños, y García-Palacios, 2009, p.156).”

Estudios de Botella, et al. (2009) comienzan a demostrar el enorme potencial que las nuevas tecnologías pueden ofrecer en la mejoría de la efectividad y utilidad clínica para mejorar la eficiencia de los tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces (TPE). De la misma manera que la psicología ha tenido problemas para aceptar las terapias basadas en la evidencia, las terapias apoyadas o asistidas por ordenador también dan lugar a ciertas reticencias, aunque es de esperar que terminen aceptándose (Addis, 2002; Shafran et al., 2009). En este contexto se ha diferenciado entre terapias basadas en la informática online y terapias asistidas por ordenador (cara a cara con terapeuta) (Khanna y Kendall, 2008).

Por un lado están las **terapias basadas en la informática u online** como la Telepsicología. La *Telepsicología*, definida por Brown (1998) como “el uso de las

tecnologías de telecomunicación para poner en contacto a los pacientes con los profesionales de la salud mental con fines diagnósticos y de tratamiento, educativos, transmisión de información, investigación y actividades relacionadas con la diseminación del cuidado de la salud". Estas terapias pueden ser auto-administradas Online a través de procedimientos de auto-ayuda para el tratamiento de fobias específicas. De esta manera, se puede conseguir que los tratamientos tengan mayor alcance para las personas que los necesitan (Botella, et al., 2009). Los tratamientos online pueden ayudar a las personas que son reticentes a visitar a un profesional (Cuijpers, 2011), ya que muestran actitudes más negativas hacia la psicoterapia (Moritz et al., 2012). Al ser terapias autónomas incrementa la posibilidad de que sean usadas por este tipo de personas. Además los tratamientos para reducir los síntomas de depresión pueden difundirse más fácilmente (Andersson y Titov, 2014; Johansson y Andersson, 2012). Labpsitec desarrolló dos aplicaciones pioneras en su momento. Una de ellas para el miedo a hablar en público: HABLAME (Botella et al., 2007a), y la otra como el primer sistema de Realidad Virtual (RV) online para la fobia de animales pequeños (cucarachas, arañas, y ratones): SIN MIEDO (Quero, Botella, Baños, García-Palacios y Bretón-López, 2007). Las dos aplicaciones han mostrado eficacia.

Por otro lado, **las terapias asistidas por ordenador** se refieren a tratamientos informáticos diseñados para implementarlos con el apoyo, orientación, y contacto del terapeuta (Khanna y Kendall, 2008). Aunque estas terapias son relativamente nuevas, existe evidencia acerca de su utilidad (Carroll et al, 2008; Craske et al., 2009; Khanna y Kendall, 2010; Newman, Szkodny, Llera, y Przeworski, 2011; Richardson, Stallard, Y Velleman, 2010). Incluso, varios meta-análisis han puesto de manifiesto tamaños de efecto mayores en los programas que se han utilizado este tipo de herramientas tecnológicas, frente a otros programas de tratamiento que no las han utilizado (Andersson y Cuijpers, 2009; Newman et al, 2011; Spek et al., 2007). Por ello, como argumentan Becker y Jensen-Doss (2013), "la combinación de los programas informáticos con la intervención cara a cara con el terapeuta pueden maximizar los resultados que se obtengan en terapia".

Se ha desarrollado aplicaciones de RV para la intervención en problemas de ansiedad (Botella, et al., 2009), por claustrofobia (Botella et al., 1998), fobia a volar (Baños, Botella y Perpiña, 2000), acrofobia (Juan et al., 2006), fobias a arañas (Garcia-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness y Botella, 2002), trastorno de pánico y agorafobia (Villa, Botella, Garcia-Palacios y Osma, 2007). Como recoge el trabajo de Quero, et al. (2012), hay estudios que apoyan el funcionamiento de la RV como una

técnica alternativa a la exposición en vivo para una serie de trastornos, como: acrofobia (Krijn, Emmelkamp, Biemond, de Wilde de Ligny, Schuemie y van der Mast, 2004); fobia a animales pequeños Garcia-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness y Botella (2002); fobia a volar (Botella, Osma, Garcia-Palacios, Quero y Baños, 2004); fobia social (Harris et al., 2002); en los trastornos de pánico y agorafobia (Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989); y también en los trastornos relacionados con el estrés (Botella et al., 2006; Botella et al., 2010; Baños et al., 2009, 2011): trastorno de estrés postraumático en guerras (Gerardi, Rothbaum, Ressler y Heekin, 2008; Reger y Gahm, 2008; Tworus, Szymanska y Illnicki, 2010; Wood, Wiederhold y Spira, 2010), accidentes de tráfico (Beck, Palyo, Winer, Schwagler y Ang, 2007; Walshe, Lewis, Kim, O'Sullivan y Wiederhold, 2003); trastornos adaptativos y duelo patológico con el "mundo de EMMA". Aunque se ha mostrado su eficacia en todos estos trastornos, únicamente hay protocolos clínicos para una serie de problemas, como los trastornos alimentarios, el miedo a volar (Riva et al., 2001a), el miedo a hablar en público (Botella, C., Baños, R.M., Villa, H., Perpiñá, A., y García-Palacios, A., 2000), y el trastorno de pánico (Vincelli et al., 2001). La exposición en RV ha mostrado una serie de ventajas respecto a la exposición en vivo. Algunas consideraciones son los costes de la exposición en vivo, así como el rechazo de algunos pacientes a exponerse a una situación real. Además, "la RV permite un alto grado de control sobre todo lo que ocurre en la situación vivida por la persona" (Quero, Botella, Guillén, Moles, Nebot, Garcia-Palacios y Baños, 2012, p.8), permitiendo diseñar los tratamientos ajustados a las necesidades del paciente, controlando la situación y la protección del paciente. Hay que añadir la confidencialidad y privacidad que supone el uso de la RV, ya que no hace falta salir de la consulta (Botella, Baños, Perpina y Ballester, 1998a; Botella, Baños, Perpina, Alcaniz, Villa y Rey, 1998b; Botella, Quero, Baños, Perpina, Garcia-Palacios y Riva, 2004; Riva, 1997; Riva, Botella, Legeron, Optale, 2004; Wiederhold y Wiederhold, 1998; Zimand, Rothbaum, Tannenbaum, Ferrer y Hodges, 2003). También se ha utilizado la realidad aumentada (RA) para tratamiento de fobias a animales pequeños y acrofobia (Juan et al., 2005).

Como indica Botella, et al., (2009) hay grandes ventajas de utilizar las TICs en terapia, pero todavía existen algunas limitaciones en su uso. Por ejemplo, Anderson et al. (2004) sugiere que la RV se puede modificar el contexto en el que se lleva a cabo la exposición adaptándolo mejor al paciente, y consiguiendo un mayor control. Además puede disminuir la tasa de recaídas y el tiempo de duración de la terapia (Wiederhold y Wiederhold, 2006). Otros estudios como Rothbaum, Hodges, Smith y Lee (2000)

indican que existe una mayor preferencia de los pacientes por la exposición por medio de RV frente la exposición en vivo. Esto quiero decir que las personas prefieren enfrentarse a sus miedo en ambientes virtuales (Botella, et al., 2009). Estudios como Garcia-Palacios et al., 2007; Ghosh, Marks y Carr, 1988; Rothbaum *et al.*, 2000) corroboran la preferencia hacia un tratamiento de exposición virtual con pacientes con fobias específicas. Por otra parte, también es importante el grado de satisfacción que las TICs ofrecen al paciente. Los resultados del estudio de Botella, et al. (2009) en un programa de telepsicología sobre fobias específicas auto-aplicado indican que la motivación hacia el tratamiento, y la aceptación y confianza de los pacientes en las TICs, influían en la satisfacción y el tratamiento seguía siendo eficaz. Implementar este tipo de tratamientos basados en TICS permitirá que las personas necesitadas de ayuda tengan mejor accesibilidad a la intervención profesional, incluso pudiendo afrontar su problemas desde su hogar (Botella, et al., 2009).

Existen algunos resultados que apuntan a la aceptación de la utilización de las TICs en la práctica clínica al facilitar el trabajo y maximizar la intervención mediante la combinación de los programas informáticos con el terapeuta. Sin embargo, a pesar de los avances que suponen estas herramientas, todavía existen barreras para su utilización en la práctica clínica rutinaria, como los costes elevados que hacen que los equipos necesarios no estén al alcance de todas las instituciones o terapeutas (Botella, et al., 2009). Además, existen muchos clínicos que no están muy familiarizados con las técnicas informáticas, por lo que estos terapeutas pueden mostrar resistencia en su aceptación y uso habitual en la práctica clínica. Esto es generado por la inseguridad que sienten al no creerse preparados para utilizarlas. Un objetivo importante para la difusión de las herramientas psicológicas es preparar correctamente a los clínicos para que las TICs acaben formando parte del repertorio del clínico. Por lo tanto, se han diseñado cuestionarios para medir las actitudes que tiene los interesados clínicos hacia las TICs. Las actitudes hacia las TICs son características fundamentales que predispondrán a su utilización y efectividad en la práctica clínica, por parte del terapeuta como del paciente. Una actitud positiva ante ellas facilitará su incorporación y eficacia en la práctica clínica. Con este objetivo se han desarrollado dos cuestionarios para medir las actitudes existentes hacia el uso de las TICs: el cuestionario APOI, desarrollado por Schröder, Sautier, Kriston, Berger, Meyer, Späth, Köther, Nestoriuc, Klein y Moritz (2015), y el cuestionario **CATAS** desarrollado por Becker y Jensen-Doss (2013). Estos cuestionarios no forman parte de ninguna intervención clínica, básicamente intentan conocer algunas características

del contexto dónde son usadas las TICs para conseguir su aplicación y buen funcionamiento.

El cuestionario APOI se diseñó para medir las actitudes que tenían los pacientes hacia las intervenciones psicológica online en un tratamiento de depresión. Las actitudes hacia la intervención psicológica online podría ayudar al desarrollo y difusión de la terapia online, ayudando a mejorar los síntomas de las experiencias depresivas a través de tratamiento basados en la evidencia (Schröder, et al., 2015). Además, crearon el cuestionario APOI a través de un análisis factorial exploratorio dónde se obtuvieron 4 factores: 1. Escepticismo y percepción de los riesgos, 2. Confianza en la eficacia, 3. Amenaza de la tecnología, 4. Beneficios del anonimato.

A pesar de toda esta información que nos transmite que las TICS en terapia funcionan, y que los pacientes muestran una actitud positiva, existen pocos trabajos que hayan investigado sobre si los clínicos están dispuestos y son capaces de utilizar las terapias asistidas por ordenador. Como argumenta Proctor, et al., (2009): “Aunque las barreras pueden surgir en el cliente, terapeuta o nivel de la organización, la consideración de la persona proveedora en los esfuerzos de implementación se ha puesto de manifiesto como un factor clave que conduce al cambio”. Sin embargo, según Bunz (2009), no todos los clínicos tienen la habilidad informática adecuada para poder utilizarlas.

El estudio Becker y Jensen-Doss, (2013) se centra en examinar las barreras que se interponen en el uso de las terapias asistidas por ordenador en la práctica terapéutica, o dicho de otra manera, pretende identificar los predictores de las actitudes con el fin de identificar que terapeutas pueden estar menos dispuestos a utilizar estas terapias apoyadas por TICs. Se consideraron como variables importantes para utilizar estas terapias: el acceso a equipos informáticos, disponer de las habilidades necesarias para utilizar los equipos, y la voluntad de los clínicos de adoptar la tecnología en el tratamiento. Estas variables están consonancia con la Teoría del Comportamiento Planificado (TPB) de Ajzen (1991). Esta teoría indica la importancia de considerar los recursos de disponibilidad de equipos, la percepción de control y la capacidad (conocimientos y habilidades informáticas necesarias) de utilizarlos, así como, la disposición (actitud) por parte del terapeuta para predecir el uso o no de las tecnologías en terapia. En los resultados del estudio Becker y Jensen-Doss, (2013) el 90,7% de los terapeutas tenía acceso a, por lo menos, un ordenador en el trabajo, y su nivel de habilidad en el uso de los ordenadores era alto. Aunque tenían actitudes positivas hacia la terapia asistida por TICs, les preocupaba que la

tecnología pudiera dañar la relación clínico-paciente sin obtener una mejoría en los resultados.

Se comprobó la relación de las actitudes positivas con una mayor habilidad y acceso a los ordenadores. También se esperaban actitudes negativas por parte de los clínicos más experimentados, ya que se consideraba estarían menos abiertos a nuevos tratamientos (Aarons, 2004), y una mayor incorporación cuando los terapeutas deben trabajar con gente joven pudiendo ayudar en la relación (Nelson y Nelson, 2010). Cabe destacar algunos modelos conceptuales como Damschroder et al., 2009; Glisson y Schoenwald, 2005), quienes destacan las actitudes del terapeuta como un componente importante en los esfuerzos de incorporación de las TICs. En contraposición, la evidencia relaciona las actitudes negativas hacia la investigación y tratamiento TCC con una reticencia a utilizar estas herramientas tecnológicas (EBP; Jensen-Doss, Hawley, López, y Osterberg, 2009; Nelson y Steele, 2007). Por lo que, las actitudes son un importante predictor de su uso (Becker y Jensen-Doss, 2013).

A pesar de la importancia de las actitudes de los clínicos a la hora de implementar estas herramientas, poco se sabe acerca de las actitudes hacia la terapia asistida por ordenador. Como hemos visto las actitudes positivas muestran una apertura mayor hacia este tipo de terapias. Por este motivo, el presente trabajo pretende obtener datos sobre las actitudes de los estudiantes de psicología y de enfermería de la Universidad Jaume I. Para llevarlo a cabo, se administró el cuestionario **Computer-Assisted Therapy Attitudes Scale (CATAS)**: (Becker y Jensen-Doss, 2013) para medir las actitudes de los clínicos acerca de las terapias asistidas por ordenador. El objetivo es analizar las posturas de los estudiantes acerca de la utilización de las TICs en su futura actividad laboral. Cabe considerar que posiblemente la muestra no haya utilizado todavía estos tratamientos, y que el cuestionario no se adapte totalmente a las características de la muestra. Por lo tanto, **el objetivo principal** de este estudio es comparar las actitudes de los estudiantes de psicología y enfermería con las actitudes de los profesionales del estudio de Becker y Jensen-Doss (2013), en el uso de las terapias asistidas por ordenador en clínica. También se pretende comparar las actitudes entre los estudiantes de psicología y de enfermería. Se hipotetiza que los resultados obtenidos seguirán la línea del estudio de Becker y Jensen-Doss, y que no habrán diferencias significativas entre ambos grupos de estudiantes.

2. MÉTODO

PARTICIPANTES

La tabla 1 proporciona información sobre el sexo y las credenciales obtenidas de la muestra. La muestra es de 41 participantes residentes en España, concretamente de las provincias de Valencia y Castellón situadas en la Comunidad Valenciana. La mayor parte de participantes eran mujeres (n= 28, 68.3%), y hubo menos hombres (n= 13, 31.7%). La edad promedio de los participantes fue de 24.17 años (SD = 5.12, rango = 18-50). La mayoría de los participantes son estudiantes de psicología (n = 27, 65.9%) frente a los estudiantes de enfermería (n= 14, 34.1%). Además, 4 participantes trabajaron como enfermeros en un hospital.

Sexo y credenciales

	N (%)
Hombre	13 (31,7%)
Mujer	28 (68,3%)
Estudiante de grado de psicología	27 (65.9%)
Estudiante de grado de enfermería	14 (34.1%)

Tabla 1.

MATERIAL

Se ha utilizado el cuestionario CATAS para recoger la información de los participantes sobre su edad, sexo, grados y credenciales obtenidas, demografía, profesionalidad y si en alguna ocasión habían visto o utilizado un programa de terapia asistida por ordenador. También se ha recogido información sobre el **acceso tecnológico** de los participantes indicando cuánto tiempo han estado utilizando los ordenadores. Además, se ha utilizado una escala Likert de 5 puntos para medir la facilidad de acceso a un ordenador en el trabajo, y una lista de tecnologías de las cuales hay que elegir si están disponibles o no. Tales como portátil, netbook, tablet, internet, altavoces, micrófono, DVD, equipo de realidad virtual...

La **escala de familiaridad** con el ordenador **CFS** sirve para evaluar los sentimientos del terapeuta relacionados con el ordenador. Esta escala fue adaptada por Becker y Jensen-Doss (2013) de los ítems de la Escala de Fluidez Web-Email-

Ordenador (CEW-Fluency Scale; Bunz, 2004), y la Escala de Ansiedad con el ordenador (CARS; Heinssen, Glass, y Knight, 1987). El CFS se constituye por 7 ítems con una escala Likert de 5 puntos (Completamente en desacuerdo a totalmente de acuerdo). Las puntuaciones altas indican una mayor percepción subjetiva de comodidad y flexibilidad con el ordenador. Esta escala ha mostrado tener una buena fiabilidad, $\alpha=0.82$ (Becker y Jensen-Doss, 2013).

El **Cuestionario de actitudes hacia la terapia asistida por ordenador (CATAS)** evalúa la manera en que las personas pueden sentirse cuando usan programas de terapia asistidos por ordenador en terapia. Este cuestionario consta de 8 ítems con una escala Likert de 5 puntos (totalmente desacuerdo a totalmente de acuerdo). Es constituida por la sub-escala de **creencia en la eficacia y comodidad en el uso**. Los autores aplicaron las técnicas estadísticas de Asimetría y Curtosis para comprobar que correspondía de una herramienta aceptable. El estudio se ha centrado mayoritariamente en los datos de este constructo. También se evalúa la participación que han tenido en programas de entrenamiento asistido por ordenador y cómo se sienten cuando utilizan estos programas. Esta evaluación consta de 13 ítems con una escala igual a la anterior. Las puntuaciones de los ítems negativos han sido invertidas, donde altas puntuaciones indican una actitud positiva.

PROCEDIMIENTO

Los participantes fueron encuestados mediante el protocolo de validación CATAS Online, a través del servidor SurveyMonkey. El protocolo de evaluación contenía las diferentes encuestas para recoger información sobre una serie de variables socio-demográficas y la profesión de los participantes, el acceso a las TICs, la Escala de Familiaridad con el ordenador (CFS), Cuestionario de actitudes hacia la terapia asistida por ordenador (CATAS). El protocolo de evaluación se diseminó a través de redes sociales y correos electrónicos de personas que han estudiado o estudian psicología y enfermería en la UJI. Una pequeña explicación acompañaba a los cuestionarios para informar sobre que se trataba de recoger, así como cuáles eran las intenciones del estudio. Además, se proporcionó retroalimentación a los participantes, por los mismos medios que se utilizaron para diseminar los cuestionarios, sobre cualquier duda que pudieran tener los participantes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos han sido analizados a través del programa estadístico SPSS 21. En primer lugar se procedió a realizar un análisis descriptivo de la muestra para obtener datos acerca de las variables socio-demográficas, conocer el número de participantes de cada grupo, así como los participantes de cada sexo, así como explorar la facilidad de acceso de los participantes al uso de las nuevas tecnologías como los ordenadores. También nos ha permitido obtener las medias de cada ítem del cuestionario sobre las actitudes hacia las terapias asistidas por ordenador, y las puntuaciones totales de las subescalas: eficacia y comodidad. Por último, nos ha permitido realizar una prueba t student para muestras independientes que nos ha indicado si existen diferencias significativas entre las puntuaciones de los dos grupos de este estudio, psicología y enfermería, en cuanto a las actitudes en el uso de las terapias asistidas por ordenador.

3. RESULTADOS

Actitudes sobre la terapia asistida por ordenador

En la Tabla 2 se puede observar las puntuaciones de la escala y los valores medios de los ítems que presentan los participantes en el cuestionario CATAS. La media para la Escala de comodidad ha sido muy parecida, aunque un poco mayor (**M= 3.86**, SD= 0.65) a los resultados obtenidos con estudios a profesionales (M= 3.46, SD= 0.8). Este resultado sugiere que los estudiantes se sienten cómodos con la idea de utilizar estas terapias. Respecto a la Escala de Eficacia también se han obtenido puntuaciones ligeramente superiores con una media de **3.35** (SD= 0.72), frente a la puntuación media neutralizada del estudio con profesionales (M= 2.98, SD= 0.78). Estos resultados sugieren la confianza que tienen los estudiantes en la eficacia que puede presentar las terapias asistidas por ordenador. A diferencia de los profesionales, los estudiantes tienden a una actitud más favorable en cuanto a que los ordenadores pudieran interferir con la relación terapéutica, (M= 2.80) frente a (M= 3.28). Incluso consideran positivamente la posibilidad de obtener mejores resultados con los pacientes (M= 3.37) frente a (M= 2.82). También, parecen más dispuestos a utilizar los ordenadores en terapia con su debido entrenamiento (M= 3.73) frente a (M=3.11). A pesar de la indiferencia de los profesionales sobre el miedo a utilizar ordenadores en el tratamiento (M= 3.16), el grupo de estudiantes muestra una actitud más positiva al respecto (M= 2.37). Así como, cuándo tienen que considerar el reto de aprender a usar los ordenadores en los tratamientos correspondientes, como muestra

la media de los profesionales 2.35 frente al 1.73 de los estudiantes. Aunque estas conjeturas parezcan interesantes no podemos demostrar que sean cierta, ya que no hemos podido comparar nuestra muestra con la muestra de profesionales, para comprobar si se tratan de diferencias significativas.

Por otro lado, los resultados entre los dos grupos de nuestro estudio han indicado que no existen diferencias significativas entre ambos grupos. Se ha añadido la t asumiendo varianzas iguales.

Tabla 2.

	M (SD)				Prueba T para la igualdad de medias
	B y J	TOTAL	PSICOLOGÍA	ENFERMERÍA	
CATAS Comodidad	3.46 (0.8)	3,86 (,65)	3.96 (0.64)	3.67 (0.64)	1.41
1. La posibilidad de utilizar ordenadores durante el tratamiento me genera aprensión	3.16 (1.12)	2.37 (1,02)	2.26 (1.02)	2.57 (1.02)	-0.93
2. Temo que si empiezo a utilizar ordenadores en terapia llegaré a depender de ellos y perderé algunas de mis habilidades	2.12 (1)	2.32 (1,01)	2.19 (1.11)	2.57 (0.76)	-1.17
3. El reto de aprender el uso de ordenadores en terapia me sobrepasa	2.35 (1.05)	1.73 (,81)	1.67 (0.88)	1.86 (0.66)	-0.71
CATAS Eficacia	2.98 (0.78)	3,35 (,72)	3.33 (0.77)	3.4 (0.65)	-0.31
4. Si tuviera la oportunidad y el entrenamiento adecuados, me gustaría usar los ordenadores en terapia	3.11 (1.12)	3,73 (1)	3.56 (1.09)	4.07 (0.73)	-1.6
5. Utilizar ordenadores en terapia interferirá con la relación terapéutica	3.28 (1.14)	2.80 (1,14)	2.63 (1.18)	3.14 (1.03)	-1.38
6. Es más probable que mis pacientes abandonen el tratamiento si utilizo un programa de ordenador como parte de la terapia	2.85 (0.97)	2.73 (1,07)	2.81 (1.08)	2.57 (1.09)	0.68
7. Mis pacientes considerarían atractiva la posibilidad de aprender nuevas habilidades usando un ordenador	3.12 (0.85)	3,2 (,84)	3.26 (0.90)	3.07 (0.73)	0.67
8. Creo que usar programas de ordenador en terapia posibilitará obtener mejores resultados con mis pacientes.	2.82 (0.87)	3,37 (1,09)	3.26 (1.2)	3.57 (0.85)	-0.87

4. DISCUSIÓN

Este estudio se ha encargado de comparar las medidas obtenidas en las actitudes sobre la terapia asistida por ordenador entre los estudiantes de psicología y enfermería con los profesionales de la práctica clínica. Es un estudio novedoso ya que no hay otros estudios que hayan explorado este tipo de actitudes en los jóvenes que ejercerán de terapeutas profesionales en un futuro. Los resultados del estudio muestran las actitudes que presentan los estudiantes actualmente para usar las tecnologías en la práctica clínica. Siguiendo la misma línea que el estudio de Becker y Jensen-Doss (2013), se ha podido comprobar actitudes positivas hacia el uso de terapias asistidas por ordenador de los estudiantes, tanto en comodidad de uso, como en cuánto herramienta eficaz para ayudar a los pacientes. Algunas diferencias importantes entre los estudiantes y los profesionales han sido las mayores puntuaciones en las dos sub-escalas, así como la no indiferencia de la eficacia de la tecnología. Los estudiantes parecen que presentan mayor motivación a la hora de enfrentarse al reto de aprender a usar la tecnología en terapia, así como un menor temor de utilizarlas. Además, creen que no interferirán significativamente en la relación terapéutica, y que incluso ayudaran a mejorar los resultados. Sinceramente, parecen datos alentadores para incorporar estas herramientas que permitirán economizar tiempo y recursos en la salud de lo más necesitados. Pese a estas conclusiones, es importante destacar que no hemos podido comprobar que realmente haya diferencias significativas con el estudio de Becker y Jensen-Doss (2013), ya que no hemos podido realizar ninguna prueba estadística con todos los datos reales que en este estudio fueron recogidos. Sí que podemos decir que no existen diferencias significativas entre los estudiantes de los dos grupos de nuestro estudio. Pero, es importante darse cuenta de las limitaciones que presenta. Por un lado, la recogida de datos se ha realizado a través de los cuestionarios online, dando lugar a la influencia de un sesgo en la población de la muestra. Por otro lado, debido a algunos fallos en registro de las respuestas, la muestra se ha visto reducida a 40 sujetos, la cual puede ser considerada pequeña. Otros estudios futuros deben orientarse utilizando cuestionarios en papel, y así poder alcanzar a las personas que puedan no utilizar las nuevas tecnologías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.

Addis, M. E. (2002). Methods for disseminating research products and increasing evidence-based practice: Promises, obstacles, and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(4), 367–378. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/9.4.367>

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Andersson, G., Titov, N. (2014) . Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry* 13, 4–11.

American Psychological Association (APA) (1995). *Task force on psychological intervention guidelines. Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychological aspects of physical disorder*. Washington, D.C: APA.

Andersson, G., y Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196–205. <http://dx.doi.org/10.1080/16506070903318960>

Botella, C., Quero, S., Rivera, R. M. B., 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 / The UB Journal of Psychology*, 40(2), 155–170.

Baños, R.M., Botella, C. y Perpiñá, C. (2000). *Fobia a volar: Tratamiento mediante realidad virtual*. Valencia: Promolibro.

Barlow, D.H., Craske, M.G., Cerny, J.A. y Klosko, J.S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy* 2(20), pp. 261-282

Beck, J.G., Palyo, S. A., Winer, E.H., Schwagler, B. E. y Ang, E.J. (2007). Virtual reality exposure therapy for PTSD symptoms after a road accident: An uncontrolled case series. *Behavior Therapy*, 38, 39-48.

Becker, E. M., y Jensen-Doss, A. (2013). Computer-assisted therapies: examination of therapist-level barriers to their use. *Behavior Therapy*, 44(4), 614–24.

Botella, C., Baños, R., Perpiñá, C. y Ballester, R. (1998a). Realidad virtual y tratamientos psicológicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 5-26.

Botella, C., Baños, R.M., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M. y Rey, A. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: A case report. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 239-246.

Botella, C., Baños, R.M., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M. y Rey, B. (1998b). Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 239-246.

Botella, C., Baños, R.M., Villa, H., Perpina, A. y García-Palacios, A. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy*, 31, 583-595.

Botella, C., Bretón-López, J., Quero, S., Baños, R.M. y García-Palacios, A. (2009). Treating cocroach phobia with augmented reality. *Behavior Therapy* (in press).

Botella, C., García-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R.M., Quero, S. y Alcaniz, M. (2010). An Adaptive Display for the Treatment of Diverse Trauma PTSD Victims. *Cyberpsychology, Behavior & Social Networking*, 13, 67-71.

Botella, C., García-Palacios, A, Villa, H., Baños, R.M., Quero, S., Alcañiz, M. y Riva, G. (2007b). Virtual Reality Exposure in the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia: A controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 164-175.

Botella, C., Guillén, V., Baños, R. M., García-Palacios, A., Gallego, M. J. y Alcañiz, M. (2007a). Telepsychology and self-help: The treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 46-57.

Botella, C. Osma, J., García-Palacios, A., Quero, S. y Baños, R.M. (2004). Treatment of flying phobia using virtual reality: Data from a 1-year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 311- 323.

Botella, C., Quero, S., Baños, R.M., García-Palacios, A., Bretón-López, J. Alcañiz, M. y Fabregat, S. (2008b). Telepsychology and self-help: The treatment of phobias using the internet. *CyberPsychology and Behavior*, 11, 659-664.

Botella, C., Quero, S., Baños, R., Perpiñá, C., García-Palacios, A. y Riva, G. (2004). Virtual Reality and Psychotherapy. In G. Riva, C. Botella, P. Legeron, G. Optale (Eds.) *Cybertherapy, Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience*. Amsterdam. IOSS Press.

Brown, F. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, 49, 963-964.

Bunz, U. (2009). A generational comparison of gender, computer anxiety, and computer-email-web fluency. *Studies in Media and Information Literacy Education*, 9(2), 54–69. <http://dx.doi.org/10.3138/sim.9.2.003>

Bunz, U. (2004). The Computer-Email-Web (CEW) Fluency Scale-Development and validation. *International Journal of Human Computer Interaction*, 17(4), 279–506. http://dx.doi.org/10.1207/s15327590ijhc1704_3

Carroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., Nuro, K. F. y Rounsaville, B. J. (2008). Computer assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: A randomized trial of CBT4CBT. *The American Journal of Psychiatry*, 165(7), 881–888. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111835>

Craske, M. G., Rose, R. D., Lang, A., Welch, S., Campbell-Sills, L., Sullivan, G., y Roy-Byrne, P. P. (2009). Computer assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. *Depression and Anxiety*, 26(3), 235–242. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20542>

Cuijpers,P., (2011). The patient perspective in research on major depression. *BMC Psychiatry*, 11, 1–2.

Damschroder, L., Aron, D., Keith, R., Kirsh, S., Alexander, J., y Lowery, J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50.

García-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H. y Fabregat, S. (2007). Comparing acceptance and refusal rates of virtual exposure versus in vivo exposure by patients with specific phobia. *CyberPsychology and Behaviour* 10, 722-724.

García-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness, T.A., y Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 983-993.

Gerardi, M., Rothbaum, B. O., Ressler, K. y Heekin, M. (2008). Virtual reality exposure therapy using a virtual Irap: Case report. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 209-213.

Ghosh, A., Marks, I.M. y Carr, A.C. (1988). Therapist contact and outcome of self-exposure treatment for phobias: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 152, 234–238

Glisson, C., y Schoenwald, S. K. (2005). The ARC organizational and community intervention strategy for implementing evidence-based children's mental health treatments. *Mental Health Services Research*, 7(4), 243–259. <http://dx.doi.org/10.1007/s11020-005-7456-1>

Harris, S.H., Kemmerling, R.L. y North, M.M. (2002). Brief virtual reality therapy for public speaking anxiety. *Cyber-Psychology & Behavior*, 5, 543-550.

Heinssen, R. K., Glass, C. R., y Knight, L. A. (1987). Assessing computer anxiety: Development and validation of the Computer Anxiety Rating Scale. *Computers in Human Behavior*, 3(1), 49–59. [http://dx.doi.org/10.1016/0747-5632\(87\)90010-0](http://dx.doi.org/10.1016/0747-5632(87)90010-0)

Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Lopez, M., y Osterberg, L. (2009). Using evidence-based treatments: The experiences of youth providers working under a

mandate. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 417–424.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0014690>

Johansson, R., Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Rev. Neurother.* 12, 861–870.

Juan, M.C., Alcañiz, M., Monserrat, C., Botella, C., Baños, R.M. y Guerrero, B. (2005). Using augmented reality to treat phobias. *IEEE Computer Graphics and Applications*, 25, 31-37.

Juan, C., Baños, R., Botella, C., Pérez, D., Alcañiz, M. y Monserrat, C. (2006). An augmented reality system for the treatment of acrophobia: The sense of presence using immersive photography. *Presence: Teleoperators y Virtual Environments*, 15, 393-402.

Khanna, M. S., y Kendall, P. C. (2008). Computer-assisted CBT for child anxiety: The coping cat CD-ROM. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(2), 159–165.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.02.002>

Khanna, M. S., y Kendall, P. C. (2010). Computer-assisted cognitive behavioral therapy for child anxiety: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 737–745. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019739>

Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Biemond, R., de Wilde de Ligny, C., Schuemie, M.J. y Van der Mast, C.A.P.G. (2004). Treatment of acrophobia in virtual reality: The role of immersion and presence. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 229-239.

Moritz, S., Schröder, J., Meyer, B., Hauschildt, M., (2012b). The more it is needed, the less it is wanted: attitudes to ward face-to-face intervention among depressed patients undergoing online treatment. *Depression Anxiety*, 30, 157–167.

Nelson, T. D., y Nelson, J. (2010). Evidence-based practice and the culture of adolescence. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(4), 305–311.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0020328>

Nelson, T. D., y Steele, R. G. (2007). Predictors of practitioner self-reported use of evidence-based practices: Practitioner training, clinical setting, and attitudes toward research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(4), 319–330. <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-006-0111-x>

Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., y Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31(1), 89–103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.008>

Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., y Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: An emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(1), 24–34. <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>

Quero, S., Botella, C., Baños, R.M., García-Palacios, A. y Bretón-López, J. (2007). El uso de la telepsicología e internet en psicología clínica. En G. Cárdenas-López, A. Vite-Sierra y L. Villanueva (Comp.), *Ambientes Virtuales para la Educación y la Rehabilitación Psicológica* (pp. 123-135). México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

Quero, S., Botella, C., Guillén, V., Moles, M., y García-palacios, S. N. a. (2012). La realidad virtual para el tratamiento de los trastornos emocionales: una revisión. *Anuario de Psicología Clínica Y de La Salud*, 8, 7–21.

Reger, G.M. y Gahm, G.A. (2008). Virtual reality exposure therapy for active duty soldiers. *Journal of Clinical Psychology In Session*, 64, 940-946.

Richardson, T., Stallard, P., y Velleman, S. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in

children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(3), 275–290. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-010-0069-9>

Riva, G. (Ed.). (1997). *Virtual reality in neuro-psychophysiology: Cognitive, clinical and methodological issues in assessment and rehabilitation*. Amsterdam: IOS Press. Online: <http://www.cybertherapy.info/pages/book1.htm>.

Riva, G., Alcaniz, M., Anolli, L., Bacchetta, M., Banos, R. M., Beltrame, F., et al. (2001a). The vepsy updated project: Virtual reality in clinical psychology. *CyberPsychology and Behavior*, 4(4), 449-455.

Riva, G., Botella, C., Legeron, P. y Optale, G. (2004). *Cybertherapy, Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience*. Amsterdam. IOSS Press.

Rothbaum, B.O., Hodges, L., Smith, S., Lee, J.H. y Price, L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for fear of flying. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 1020-1026.

Shafran, R. R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A. A., Barlow, D. H., Ehlers, A. A., y Wilson, G. T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 902–909. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.003>

Schröder, J., Sautier, L., Kriston, L., Berger, T., Meyer, B., Späth, C., Moritz, S. (2015). Development of a questionnaire measuring Attitudes towards Psychological Online Interventions-the APOI. *Journal of Affective Disorders*, 187, 136–141.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., y Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 37(3), 319–328. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706008944>

Tworus, R., Szymanska, S. y Ilnicki, S. (2010). A soldier suffering from PTSD, treated by controlled stress exposition using virtual reality and behavioral training. *CyberPsychology, Behavior and Social Networking*, 13, 103-107.

Villa, H., Botella, C., García-Palacios, A. y Osmá, J. (2007). Virtual Reality exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 58-69.

Vincelli, F., Choi, Y. H., Molinari, E., Wiederhold, B. K., y Riva, G. (2001). A vr-based multicomponent treatment for panic disorders with agoraphobia. *Studies in Health Technology and Informatics*, 81, 544-550.

Walshe, D.G., Lewis, E.J., Kim, S.I., O'Sullivan, K. y Wiederhold, B.K. (2003). Exploring the use of computer games and virtual reality in exposure therapy for fear of driving following a motor vehicle accident. *CyberPsychology y Behavior*, 6, 329-334.

Wiederhold, B.K. y Wiederhold, M.D. (1998). A review of virtual reality as a psychotherapeutic tool. *Cyberpsychology y Behavior*, 1, 45-52.

Wiederhold, B.K. y Wiederhold, M.D. (2006). The future of cybertherapy: Improved options with advanced technologies. En G. Riva, C. Botella, P. Légeron y G. Optale (Eds.) *Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience*. Amsterdam: IOS Press.

Wood, D.P., Wiederhold, B. L. y Spira, J. (2010). Lessons learned from 350 virtual-reality sessions with warriors diagnosed with combat-related posttraumatic stress disorder. *CyberPsychology, Behavior and Social Networking*, 13, 3-11.

Zimand, E., Rothbaum, B., Tannenbaum, L., Ferrer, M. S. y Hodges, L. (2003) Technology meets psychology: Integrating virtual reality into clinical practice. *The Clinical Psychologist*, 56, 5-11.

ANEXOS O APÉNDICES

PROTOCOLO VALIDACIÓN CATAS

1. Edad:
2. Sexo:
3. Lugar de trabajo principal:
4. Años de experiencia:
5. Grados y credenciales obtenidas (señala todas las que correspondan):
 - 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
 - h. PIR
 - i. Médico de atención primaria
 - j. Trabajador social
 - k. Enfermero
 - l. Otra...

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

a. ¿Alguna vez has visto un programa de terapia asistido por ordenador?

Si	No
----	----

b. ¿Alguna vez has utilizado un programa de terapia asistido por ordenador?

Si	No
----	----

THE THERAPIST COMPUTER ACCESS AND ATTITUDES SURVEY

(CATAS)

(Becker, E.M. y Jensen-Doss, A. 2013)

Las siguientes afirmaciones describen la manera en que las personas pueden sentirse cuando usan programas de terapia asistidos por ordenador. Por favor, indica en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones, rodeando con un círculo 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 ordenadores durante el tratamiento me genera aprensión	1	2	3	4	5
2. Temo que si empiezo a utilizar ordenadores 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 ordenadores en terapia me sobrepasa	1	2	3	4	5
4. Si tuviera la oportunidad y el entrenamiento adecuados, me gustaría usar los ordenadores en terapia	1	2	3	4	5
5. Utilizar ordenadores en terapia interferirá con la relación terapéutica	1	2	3	4	5
6. Es más probable que mis pacientes abandonen el tratamiento si utilizo un programa de ordenador como parte de la terapia	1	2	3	4	5
7. Mis pacientes considerarían atractiva la posibilidad de aprender nuevas habilidades usando un ordenador	1	2	3	4	5
8. Creo que usar programas de ordenador en terapia posibilitará obtener mejores resultados con mis pacientes.	1	2	3	4	5

THE THERAPIST COMPUTER ACCESS AND ATTITUDES SURVEY

(TCAAS)

Por favor responde las siguientes preguntas acerca de tu uso de los ordenadores.

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

2. Aproximadamente ¿a cuántas clases o seminarios de informática 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

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

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

COMPUTER FLUENCY SCALE (CFS)

Las siguientes afirmaciones se refieren a la forma en la que las personas pueden sentirse en relación a los ordenadores. Por favor indica en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones, rodeando con un círculo 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 el ordenador	1	2	3	4	5
2. Me siento cómodo utilizando Internet	1	2	3	4	5
3. Intento evitar el uso del ordenador 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 ordenadores en general	1	2	3	4	5
5. Cualquier persona puede aprender a usar el ordenador si es paciente y está motivado	1	2	3	4	5
6. Aprender cómo usar un ordenador es como aprender cualquier habilidad nueva. Cuanto más practiques, más dominio adquirirás en esa habilidad	1	2	3	4	5
7. Siento que soy capaz de seguir los avances que están ocurriendo en el campo de la informática	1	2	3	4	5

THE THERAPIST COMPUTER ACCESS AND ATTITUDES SURVEY

(TTCAAS)

Un programa de entrenamiento asistido por ordenador 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 ordenador?

Si	No
----	----

Las siguientes afirmaciones describen la manera en que las personas pueden sentirse cuando usan programas de entrenamiento asistidos por ordenador. Por favor indica en qué medida estás de acuerdo estas con las siguientes afirmaciones, rodeando con un círculo 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 de un programa de entrenamiento asistido por ordenador durante las horas de trabajo	1	2	3	4	5
2. Puedo aprender satisfactoriamente nuevos tratamientos a través de programas de entrenamiento asistidos por ordenador	1	2	3	4	5
3. No confío en mi capacidad para completar con éxito un programa de entrenamiento asistido por ordenador	1	2	3	4	5
4. Participaría en un programa de entrenamiento asistido por ordenador durante mi tiempo libre	1	2	3	4	5
5. Un programa de entrenamiento asistido por ordenador podría ser una buena preparación antes de asistir a un programa de entrenamiento presencial.	1	2	3	4	5
6. Mis necesidades individuales no se podrán satisfacer a través de un programa de entrenamiento asistido por ordenador	1	2	3	4	5
7. Los programas de entrenamiento asistidos por ordenador son buenos 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 asistido por ordenador	1	2	3	4	5
9. Los programas de entrenamiento asistidos por ordenador son una buena manera de aprender nuevos tratamientos.	1	2	3	4	5
10. La terapia es demasiado complicada como para poder ser aprendida a través de un programa de entrenamiento asistido por	1	2	3	4	5

ordenador.					
11.Los programas de entrenamiento asistidos por ordenador pueden ser una buena manera para perfeccionar mis habilidades.	1	2	3	4	5
12.Los programas de entrenamiento asistidos por ordenador son buenos porque puedo trabajar a mi ritmo.	1	2	3	4	5
13.No tengo suficiente acceso a ordenadores como para usar un programa de entrenamiento asistido por ordenador.	1	2	3	4	5

THE 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 a las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál es tu principal orientación teórica?

2. Aproximadamente, ¿Cuántos casos activos manejas al mismo tiempo?

3. ¿Utilizas tratamientos manualizados como parte de tu práctica?

a. A menudo

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)

ordenadores de sobremesa	portátil	netbook	tablet	software multimedia digital
equipo de videoconferencia	programas de procesamiento de palabras	webcam	altavoces	internet
grabadora de audio	grabadora de video	micrófono	reproductor de DVD	equipo de realidad virtual
Otros				

4. 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 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

EVIDENCE-BASED PRACTICE ATTITUDE SCALE (EBPAS)

Instrucción

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 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 en qué medida 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 probar nuevos tipos de terapias/intervenciones, incluso si tengo que seguir un manual de tratamiento.	0	1	2	3	4
3. Sé cuidar de mis pacientes mejor que los investigadores	0	1	2	3	4
4. Estoy dispuesto a utilizar nuevas y diferentes terapias/intervenciones desarrolladas por los investigadores.	0	1	2	3	4
5. Los tratamientos/intervenciones basados en la evidencia no son clínicamente útiles	0	1	2	3	4
6. La experiencia clínica es más importante que utilizar terapias/tratamientos manualizados	0	1	2	3	4
7. No usaría terapias/tratamientos manualizados	0	1	2	3	4
8. Probaría una nueva terapia/intervención incluso aunque fuera muy diferente de lo que estoy acostumbrado a utilizar	0	1	2	3	4
Para las preguntas 9–15: Si recibieses entrenamiento para terapias/intervenciones que son nuevas para ti, ¿con qué probabilidad las adoptarías si:					
9. Te resultara intuitivamente atractiva?	0	1	2	3	4
10. Tuviera sentido para ti?	0	1	2	3	4
11. Te lo pidiera tu supervisor?	0	1	2	3	4
12. Te lo pidiera tu jefe/director?	0	1	2	3	4
13. Te lo pidiera tu gobierno?	0	1	2	3	4
14. Estuviera siendo utilizada por colegas que se sentían satisfechos con ella?	0	1	2	3	4
15. Sintieras que tenías el suficiente entrenamiento como para aplicarla correctamente?	0	1	2	3	4